

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA**



TESIS

**FACTORES MATERNO FETALES ASOCIADOS A
COMPLICACIONES DEL PUERPERIO INMEDIATO.
CENTRO MATERNO PERINATAL SIMÓN BOLÍVAR.
CAJAMARCA, 2017**

Presentada por la bachiller en Obstetricia

Erlita Marilú Arana Díaz

Para optar el Título Profesional de

OBSTETRA

Asesora:

Obsta. María Elena Abregú Oré

CAJAMARCA, 2017

Copyright © 2019 by
Erlita Marilú Arana Díaz
Derechos reservados

SE DEDICA A:

Mi amado esposo, por ser mi amigo y
compañero de todos los días.

Mi hijo que es el motor de mi vida y la fuerza
para seguir avanzando.

Mi querida madre por todo el amor que me da
y el apoyo constante que significa para mí.

Erlita

SE AGRADECE A:

Dios por ser mi Guía y Apoyo constante en mi vida.

Mi Alma Mater, la Universidad Nacional de Cajamarca, por albergarme durante toda mi formación profesional.

Mi querida asesora la Obsta. María Elena Abregú Oré por la buena y desinteresada disposición en apoyarme con el desarrollo de la presente tesis.

Todas y cada una de las mujeres que constituyeron parte del estudio, sin ellas no hubiese sido posible la investigación.

Erlita

ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE	v
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA	3
1.1. Definición y delimitación del problema	3
1.2. Formulación del problema	4
1.3. Objetivos	5
1.4. Justificación de la investigación	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1. Antecedentes	7
2.2. Bases teóricas	9
2.2.1. Factores maternos	9
2.2.2. Factores fetales	11
2.2.3. Puerperio	12
2.3. Hipótesis	23
2.4. Variables	23
2.4.1. Variable dependiente	23
2.4.2. Variable Independiente	23
2.5. Definición conceptual y operacionalización de variables	24
CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO	25
3.1. Tipo y diseño de estudio	25
3.2. Área de estudio y población	25
3.3. Muestra y tamaño de la muestra	26
3.4. Unidad de análisis	26
3.5. Criterios de inclusión	27

3.6. Criterios éticos	27
3.7. Procedimientos, técnica e instrumento de recolección del instrumento	27
3.8. Procesamiento y análisis de datos.	28
3.9. Control de calidad de datos	28
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	30
CAPÍTULO V. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	42
SUGERENCIAS	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
ANEXOS	56

RESUMEN

El objetivo de la presente tesis fue determinar la asociación entre factores maternos y fetales y las complicaciones del puerperio inmediato en puérperas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. El diseño del estudio no experimental, de corte transversal, tipo descriptivo, correlacional. Se realizó en una muestra de 137 mujeres en la etapa de puerperio inmediato. Se encontró como resultados que el mayor porcentaje de puérperas estuvo en el grupo etáreo de 15-19 años (25,5%); con secundaria completa (35%), convivientes (63,5%), amas de casa (46%) y procedentes de la zona rural (51,8%). Los factores maternos identificados fueron la multiparidad 58,4%, rotura prematura de membranas 32,8% y parto precipitado 29,9%. Como factores fetales se identificaron a la macrosomía fetal con 0,7% (01 caso) y al embarazo múltiple en 1,5% (02 casos). Se concluye que existe asociación significativa entre los factores maternos: paridad y anemia post parto ($p = 0,050$), parto precipitado y atonía uterina ($p = 0,000$), parto precipitado y retención de restos placentarios ($p = 0,046$) y parto precipitado y anemia post parto ($p = 0,002$) y entre los factores fetales como la macrosomía y la atonía uterina ($P = 0,001$); macrosomía fetal y traumatismo del canal del parto ($p = 0,025$); macrosomía fetal y retención de restos placentarios ($p = 0,000$) y embarazo múltiple y atonía uterina ($p = 0,000$)

Palabras clave: factores materno fetales, complicaciones, puerperio inmediato.

ABSTRACT

The aim of this thesis was to determine the association between maternal and fetal risk factors and the complications of the immediate puerperium in puerperal women attended at the Simón Bolívar Maternal Perinatal Center. The design of the non-experimental, cross-sectional, descriptive, correlational study. It was performed in a sample of 137 women in the immediate puerperium stage. It was found as results that the highest percentage of puerperal women was in the age group of 15-19 years (25.5%); with full secondary school (35%), cohabitants (63.5%), housewives (46%) and from the rural area (51.8%). The maternal factors identified were multiparity 58.4%, premature rupture of membranes 32.8% and precipitated delivery 29.9%. As fetal factors, fetal macrosomia was identified with 0.7% (01 case) and multiple pregnancy in 1.5% (02 cases). It is concluded that there is a significant association between maternal factors: parity and postpartum anemia ($p = 0.050$), precipitated delivery and uterine atony ($p = 0.000$), precipitated delivery and retention of placental remains ($p = 0.046$) and precipitated delivery and anemia postpartum ($p = 0.002$) and between fetal factors such as macrosomia and uterine atony ($P = 0.001$); fetal macrosomia and traumatism of the birth canal ($p = 0.025$); fetal macrosomia and retention of placental remains ($p = 0.000$) and multiple pregnancy and uterine atony ($p = 0.000$)

Key words: fetal maternal factors, complications, immediate puerperium.

INTRODUCCIÓN

El puerperio inmediato constituye una de las etapas de mucho cuidado para la mujer, debido a que en ella se pueden presentar complicaciones que pueden poner en riesgo su vida, estas patologías suelen ser precedidas de factores que se presentan durante la gestación, y que pueden ser tanto de origen materno como fetal como la paridad, el parto precipitado, rotura prematura de membranas (RPM), macrosomía fetal y embarazo múltiple, lo que genera un grave problema social y de salud pública, pues incrementa los índices de morbilidad y mortalidad materna.

A partir de estas premisas es que se realizó el presente estudio con el objetivo de determinar la asociación entre factores maternos y fetales y las complicaciones del puerperio inmediato en puérperas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, que hubo un alto porcentaje de mujeres multíparas, de igual forma una significativa cifra presentó rotura prematura de membranas, así como parto precipitado. Como factores fetales solamente se identificó un caso de macrosomía fetal y 02 casos de embarazo múltiple, como factores maternos y fetales y las complicaciones del puerperio inmediato identificadas fueron la atonía uterina, traumatismos del canal de parto, retención de restos placentarios y anemia post parto, determinándose que existe asociación significativa entre la paridad y la anemia post parto ($p = 0,050$), parto precipitado y atonía uterina ($p = 0,000$), parto precipitado y retención de restos placentarios ($p = 0,046$) y parto precipitado y anemia post parto ($p = 0,002$).

Las limitaciones existentes en el hallazgo de otros factores tanto maternos como fetales atañen a la categoría del Centro Materno Perinatal que corresponde a un establecimiento de nivel 1-I con una capacidad resolutive restringida.

La presente tesis está estructurada de la siguiente manera:

CAPÍTULO I: conformada por el problema de investigación en el cual se incluyen: la definición y delimitación del problema, la formulación del problema, los objetivos y la justificación de la investigación.

CAPÍTULO II: constituida por el marco teórico. Forman parte de este capítulo: los antecedentes, las bases teóricas, la hipótesis y las variables.

CAPÍTULO III: en el cual se considera el diseño metodológico conformado por: el diseño y tipo de estudio, área de estudio y población, muestra y tamaño de muestra, unidad de análisis, criterios de inclusión y exclusión, principios éticos de la investigación, procedimientos, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos y control de calidad de datos.

CAPÍTULO IV: conformado por los resultados presentados en tablas y gráficos

CAPÍTULO V: en el cual se realiza la discusión y análisis de los resultados, de igual forma, las conclusiones, sugerencias, referencias bibliográficas y los anexos.

La autora

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Definición y delimitación del problema

El puerperio es la etapa que comienza después del parto; su período de duración es de 42 días o 6 semanas aproximadamente, período en el cuál la mujer sufre cambios anatómicos, fisiológicos, endócrinos u hormonales; es decir que el cuerpo de la mujer vuelve a su estado fisiológico anterior y ella recupera su estado normal. El puerperio comprende tres fases que son: puerperio inmediato, puerperio mediato, puerperio tardío y alejado (1).

El puerperio inmediato es el periodo que abarca las primeras 24 horas después del parto y las patologías más frecuentes acontecidas en este tiempo son la causa más frecuente de morbilidad y mortalidad materna. La mayoría de complicaciones de este periodo están asociadas a pérdida sanguínea que en ocasiones es cuantiosa, cuando esta no se puede controlar o tratarse adecuadamente puede conllevar rápidamente al shock y a la muerte materna, constituyéndose en un serio problema de salud pública, social y económica de gran magnitud, sobre todo en países en vías de desarrollo (2).

Dentro las complicaciones del puerperio inmediato están: la atonía uterina, el traumatismo del canal del parto (es decir, laceraciones vaginales o cervicales), la retención de restos placentarios, la rotura uterina, o incluso trastornos de coagulación maternos (3), las mismas que causan el 75% de muertes maternas (3).

Algunas investigaciones muestran que las hemorragias post-parto se presentan en 16%; los desgarros obstétricos en 18%; atonía uterina en 7%; hematoma vaginal 21% y retención de restos placentarios en un 19% (4). Además, pueden presentarse otras complicaciones en el puerperio inmediato; que, a pesar de no ocasionar muerte materna, requieren de atención por las molestias y la incapacidad temporal que generan, ya que merman la integridad física de la madre y le impiden que pueda brindar una buena atención a su recién nacido.

Muchos factores influyen en la presencia de complicaciones del puerperio inmediato, pero hay ciertos factores maternos y fetales que están presentes en su génesis tales como la multiparidad que tiene un riesgo 2,8 veces mayor de presentar complicaciones en el post parto en comparación con las pacientes de paridad menor (5); el parto precipitado, provoca efectos adversos en la madre como traumas cervicales vaginales y rectales (6); la rotura prematura de membranas, sobre todo cuando el periodo de latencia es mayor de 24 horas tiene un riesgo relativo de 1,35 para complicaciones del puerperio (7), de igual forma factores fetales como la macrosomía fetal que ocasiona complicaciones como desgarró perineal (33%), atonía uterina (13,2%) y hemorragia posparto (12,8%), así como el embarazo gemelar condición que puede generar hasta en un 13% la presencia de hemorragia puerperal (8).

En el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, la situación no es diferente, sino que por el contrario a menudo se presentan complicaciones en el puerperio inmediato, pero se manejan de manera aislada sin considerar los factores asociados que podrían ser causales, y no existen acciones preventivas de ninguna naturaleza; porque no se tienen en cuenta los factores mencionados.

Desde esta perspectiva es que se realizó la presente investigación cuyo objetivo fundamental fue determinar la asociación entre factores y las complicaciones del puerperio inmediato en puérperas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, Cajamarca.

1.2. Formulación del problema

¿Cómo se asocian los factores materno fetales con las complicaciones del puerperio inmediato en puérperas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar? Cajamarca, 2017?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la asociación entre factores materno fetales y las complicaciones del puerperio inmediato en puérperas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. Cajamarca, 2017.

1.3.2. Objetivos específicos

- Caracterizar social y demográficamente a las puérperas del estudio.
- Identificar los factores maternos asociados a las complicaciones del puerperio inmediato.
- Identificar los factores fetales asociados a las complicaciones del puerperio inmediato.
- Identificar las principales complicaciones que se presentan en el puerperio inmediato.

1.4. Justificación

Las complicaciones del puerperio inmediato con frecuencia suelen desarrollarse fuera de los parámetros normales durante las primeras 24 horas posteriores al alumbramiento y estas son ocasionadas por múltiples factores que influyen de una manera directa o indirecta constituyendo una de las causas principales que afectan a la puérpera.

Las causas que conllevan a una complicación puerperal inmediata están directamente relacionadas con el embarazo y el parto y pueden ser de origen materno o fetal y que requieren de ser identificados precozmente para poder incidir en ellos y evitar situaciones críticas y lamentables tanto para la madre como para la familia.

A partir de estas premisas es que se realizó el presente estudio con el objetivo de determinar la asociación entre factores materno fetales y las complicaciones del puerperio inmediato en puérperas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. Cajamarca, 2017.

Los resultados de este estudio contribuirán al marco teórico para futuras investigaciones, así mismo permitirá tener presente en todo momento, el hecho de que pueden existir factores maternos y fetales que se asocien a las complicaciones del puerperio inmediato, y que el profesional de obstetricia debe estar siempre sigiloso a fin de evitar o disminuir en todas las formas posibles las complicaciones del puerperio inmediato, que será en beneficio de la salud materna y del recién nacido, así como del bienestar de la familia, del sistema sanitario e indirectamente de la sociedad, en general.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Aguirre, I. (Ecuador, 2013,) realizó una investigación con el objetivo de determinar la frecuencia de complicaciones que se presentan en el puerperio inmediato en pacientes de parto eutócico, mediante la revisión de expedientes clínicos. Encontraron como resultados que, el 76% de las pacientes presentaron unión estable, mientras que el 22% estaban casadas; el 58% de las pacientes tenía un nivel de instrucción secundario, el 30% primaria, el 9% superior y el 3% no tenía nivel de instrucción. El 56% de las pacientes eran primigestas, el 40% multíparas y el 4% de las pacientes gran multípara. Las complicaciones puerperales inmediatas que se presentaron con más frecuencia fueron: el 21% de las pacientes presentaron Hematomas, el 20% preeclampsia, el 19% retención de resto placentarios, el 18% desgarro obstétrico, el 16% hemorragias post-parto y el 7% atonía uterina (2).

Quiñones M. (Ecuador, 2013), formuló como objetivo confirmar la incidencia de fiebre puerperal y determinar sus causas en el parto normal y pudo observar que 53% de la mujeres fueron casadas, el 27% eran solteras; 36% las mujeres que tiene como ocupación que hacer doméstico seguido del 30% de estudiantes, el 27% que tenían otras ocupaciones y por último el 7% como ayudantes del hogar; el 40% de estas mujeres tenían un nivel secundario, mientras el 36% un nivel primario y el 17% un nivel superior. Como complicaciones del puerperio inmediato se encontró que el 13% presentó desgarros vaginoperineales, el 17% retención placentaria, y el 10% desgarros cervicales (9).

López, G. y col. (Ecuador, 2015) en su estudio cuyo objetivo fue determinar las características de las pacientes con complicaciones en el puerperio inmediato atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca, encontraron como resultados que las gestantes tenían entre 15-23

años en 46,6%; la mayoría casadas (42,5%) y procedentes de la zona urbana (65,2%); el 54% tuvo más de 5 controles prenatales. Las complicaciones más frecuentes fueron la hipotonía uterina con 88,1%; los desgarros con 36,8%; la anemia con 23,6%, la atonía uterina con 8,2% y el alumbramiento incompleto con 3,3% (7).

Castro, J. (Ecuador, 2016) realizó un estudio cuyo objetivo fue conocer las complicaciones más frecuentes que se presentan en el puerperio inmediato durante el período de julio a agosto del 2016 encontrando que el 38% de las mujeres se encontraba en el rango de edad entre 20-24, un 30% tenían de 25-29 años; 14% entre 15-19; 10% entre 30-34 y 8% entre 35-39 años de edad; el 38% de las mujeres tenían más de 4 controles prenatales el 30% solo asistieron 3 veces a controles, un 24% solo han asistido por una ocasión y el 8% no asistieron nunca. El 58% de las complicaciones en mujeres durante el post-parto fueron las hemorrágicas (10).

2.1.2. Antecedentes nacionales

Gamarra, R. (Lima, 2015), en su investigación formuló como objetivo determinar las complicaciones obstétricas y perinatales en las gestantes con obesidad pregestacional atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión y evidenció que las complicaciones del puerperio inmediato fueron: el alumbramiento incompleto en el 27,3 y retención de placenta en el 9,1%, para casos de pacientes que culminaron en parto vaginal. En el puerperio mediano se evidenciaron complicaciones obstétricas como la anemia en un 77,4%, la infección urinaria en un 22,6% y la hemorragia postparto en un 11,3% (11).

Vargas, M. (Lima, 2016) en su tesis formuló como objetivo determinar factores asociados a las complicaciones que se presentan durante el puerperio en el servicio de obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el primer semestre del año 2016, encontró como resultados que los factores sociodemográficos identificados fueron la edad menor de 35 años en 78,9%, el estado civil conviviente en 56,3%, el grado de instrucción fue secundaria completa en el 65,2%, la ocupación ama de casa en 75,8%, y el lugar de procedencia urbano en el 97,8% de los casos. Las complicaciones más frecuentes fueron la hemorragia post parto en el 36,12% y la atonía uterina en el 15,9%. La multiparidad estuvo presente en el 63,9% de los casos de atonía uterina. La macrosomía se observó con mayor prevalencia en pacientes con atonía uterina, desgarro de cérvix y lesión vaginal de III grado (12).

Pereira, K. (Lima, 2017) realizó una investigación con el objetivo de determinar los factores asociados a las complicaciones maternas durante el puerperio en el hospital María Auxiliadora Lima – Perú 2017. Los factores sociodemográficos identificados fueron: el estado civil conviviente (75,1%), grado de instrucción secundaria completa (64,14%), ocupación ama de casa (84,0%), lugar de procedencia urbano (97,5%), paridad múltipara (67,5%), controles pre natales (CPN) suficientes (76,4%). Solamente el 1,7% presentó rotura prematura de membranas como patología previa. Dentro de las complicaciones del puerperio inmediato se encontró que el 23.6% presentó anemia leve, el 30.4% anemia moderada y solo el 0,8% presentaron hemoglobina anemia severa; el 5,9% presentó atonía uterina; el 34% de puérperas tuvo retención de tejidos y solo el 2,1% presentaron lesión del canal de parto (13).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Factores maternos de riesgo que predisponen a las complicaciones del puerperio inmediato

Son características que aumentan la probabilidad de sufrir un daño en la salud de la mujer, durante el puerperio inmediato.

Como factores de las complicaciones del puerperio inmediato se pueden considerar:

- **Anemia.** La anemia durante el embarazo es generalmente aceptada como resultado de deficiencias nutricionales. Constituye un problema mayor de salud pública. Es la más frecuente de las enfermedades que pueden coincidir con el embarazo o ser producidas por este, ya que las necesidades para el desarrollo del feto y la placenta aumenta el consumo de hierro elemental. La anemia constituye un problema mundial. Se plantea que es uno de los indicadores generales de pobre salud y está estrechamente vinculada con la desnutrición y la enfermedad. Como consecuencia de los cambios fisiológicos del embarazo y de las necesidades del feto en desarrollo, la anemia es más frecuente durante la gestación, que en la mujer no embarazada. La grávida anémica y su futuro hijo están frecuentemente expuestos a complicaciones, algunas de ellas graves, lo que la sitúa en la categoría de alto riesgo. Empeora el pronóstico de las mujeres que sangran durante el embarazo, por lo que contribuye a la morbilidad y mortalidad de las madres. También, aunque durante el embarazo hay una distribución preferencial del hierro hacia el feto, la anemia de la madre se encuentra asociada con el bajo peso al nacer y parto pretérmino. Se considera como anemia durante el embarazo cuando las cifras de hemoglobina están por debajo de 11g/L de

sangre y el hematocrito menor que 33 % durante el tercer trimestre de la gestación. El desarrollo, la menstruación, el embarazo y la lactancia presuponen necesidades adicionales de hierro que al no ser cubiertas pueden llevar a deficiencia férrica más intensa. Esta situación propicia que muchas mujeres puedan iniciar su embarazo con reservas férricas reducidas. Por esta razón no es sorprendente el desarrollo ulterior de la anemia por deficiencia de hierro. Diversas causas pueden contribuir a la deficiencia de hierro, entre ellas: a) ingestión insuficiente de hierro oral, b) gestación múltiple, c) dieta rica en fósforo o con bajo nivel de proteínas, d) ingestión de antiácidos que interfieren con la absorción y, e) malos hábitos alimentarios. La deficiencia de hierro constituye la carencia nutricional más común durante el embarazo y la causa más frecuente de anemia. Afecta la obtención de un producto óptimo. También tiene una alta morbilidad y mortalidad en la madre por el peligro de sangramiento durante el parto y puerperio. También se sabe que la anemia severa de la madre se encuentra asociada con el bajo peso al nacer y parto pretérmino.

- **Paridad.** Es el número de partos que una mujer ha tenido por cualquier vía, sea uno o más productos, vivos o muertos, con un peso de 500 gramos o más y con una edad gestacional de 22 semanas o más. Se divide en Nuliparidad, Primiparidad y Multiparidad (14).

Las pacientes gran multíparas tienen un riesgo 2,8 veces mayor de presentar episodios de hemorragia posparto en comparación con las pacientes de paridad menor, debido a la sobre distensión uterina y el agotamiento muscular miometrial. Estas pacientes se caracterizan también por ser de mayor edad y tener controles prenatales de menor calidad. En las mujeres multíparas las fibras uterinas pierden su capacidad de contraerse y estirarse por lo cual interfiere en la evolución normal del parto (5).

- **Parto precipitado.** Es aquel que se desarrolla de manera inesperada y que acontece en un periodo de tiempo inferior a 3 horas desde el inicio de contracciones regulares. Al tratarse de un proceso de mayor rapidez de lo habitual, la atención debe desviarse hacia la posible aparición de diversas complicaciones que en partos de duración normal ocurrirían con menor frecuencia.

Entre las complicaciones identificadas en un parto precipitado se encuentra una mayor probabilidad de desgarros severos del canal blando del parto, retención placentaria y atonía uterina. Su presencia en partos precipitados se debe por un lado, a la elevada intensidad de las contracciones uterinas que impiden la

distensión paulatina del periné, aumentando con ello el riesgo de desgarros severos; y por otro lado a un agotamiento de la musculatura uterina tras el parto, lo que implica una escasa contractilidad del útero con resultado de atonía y/o retención de restos placentarios (15).

- **Rotura prematura de membranas.** Es definida como la ruptura de las membranas ovulares antes del trabajo de parto activo puede detectarse con tres variantes: a) cuando ocurre a término (PROM), b) cuando ocurre pretérmino, < 37 semanas (PPROM), y c) cuando es prolongada, lo que significa ruptura por 24 horas o más, pudiendo combinarse esta última con cualquiera de las anteriores (PROM prolongada o PPRM prolongada, por sus siglas en inglés).

Alrededor de 8% de los embarazos a término, experimentarán una ruptura espontánea de las membranas ovulares previo al inicio de la actividad uterina, 2% a 4% de los embarazos pretérmino con feto único se complicarán con una ruptura prematura de membranas, y de un 7% a 20% en embarazos gemelares. La ruptura prematura de membranas es la principal causa identificable de prematuridad.

Su etiología está poco definida y las consecuencias para la madre y el feto son variadas (16).

2.2.2. Factores fetales de riesgo que predisponen a las complicaciones del puerperio inmediato

- **Macrosomía fetal.** la macrosomía fetal es el peso al nacer de 4,000 gramos o más, independientemente de la edad gestacional (17). La macrosomía puede tener consecuencias a corto y largo plazo para el recién nacido y la madre, haciendo de esta condición un problema de salud significativo, especialmente en entornos con recursos limitados para hacer frente a las complicaciones asociadas (18).

El parto es un proceso complicado para cualquier feto y más aún para un feto macrosómico porque su cuerpo será bastante más grande que algunos segmentos del canal del parto materno, al pasar por el canal del parto, un feto de mayor tamaño provocará mayores daños a la madre que uno más pequeño. Así, durante el parto la madre corre más riesgo de sufrir laceraciones y heridas en la vulva, llegando a producirse desgarros incontrolados de todo el periné (19).

Puesto que el diagnóstico clínico o ultrasonográfico es impreciso, porque dependen del operador, el peso es evidente hasta el momento del nacimiento. Ante la ausencia de un diagnóstico certero, la madre y su hijo se exponen a una

situación desfavorable cuando llega el momento de la terminación del embarazo: se duplica el riesgo de hemorragia obstétrica, se incrementan los desgarros de tercer y cuarto grado, y sobrevienen otras complicaciones: impacto de la cabeza fetal, distocia de hombros, y mayor número de partos operatorios (17).

- **Embarazo múltiple.** Se define como embarazo múltiple al desarrollo simultáneo de dos o más embriones dentro de una misma gestación. Se clasifican según su genotipo en monocigóticos o univitelinos (idénticos), y bicigóticos (no-idénticos o fraternos); o según su placentación, en monocoriales (una placenta) o bicoriales (dos placentas) (6); sin embargo, desde el punto de vista ecográfico y clínico se distinguen tres tipos: los bicoriónicos-biamnióticos (9%), los monocoriónicosmonoamnióticos (50%) y los monocoriónicos-diamnióticos (26%) (20).

Un embarazo múltiple es un factor de riesgo de hemorragia post parto debido, entre otras cosas, a la distensión del tamaño del útero provocado por el peso de dos o más bebés. Después de dar a luz el útero puede tener dificultades para contraerse aumentando el riesgo de hemorragia (18).

2.2.3. Puerperio

2.2.3.1. Definición

La palabra puerperio se deriva del latín *puer*, niño, y *parus*, dar a luz. En la actualidad define al intervalo después del parto durante el cual los cambios anatómicos y fisiológicos maternos inducidos por el embarazo regresan al estado basal antes de la gravidez. En consecuencia, su duración es poco precisa, pero se le considera de cuatro a seis semanas. A pesar de ser mucho menos complejo que el embarazo, el puerperio tiene una serie de cambios apreciables, algunos de los cuales son molestos o preocupantes para la nueva madre. Es importante señalar que en ocasiones aparecen complicaciones, algunas de las cuales llegan a ser graves (21).

En términos estrictos, el puerperio se define como el periodo de reclusión que transcurre durante el parto e inmediatamente después (21).¹²

2.2.3.2. Clasificación

Desde el punto de vista clínico el puerperio se divide en:

- **Puerperio Inmediato:** comprende las primeras 24 horas y está destinado a lograr la hemostasia uterina. Después de la expulsión de la placenta queda en el útero un lecho esponjoso con vasos sangrantes; la capa basal del endometrio tiene una irrigación propia que evita los procesos necrobióticos que experimentan las capas superiores. Para una eficaz hemostasia se ponen en juego 2 mecanismos. La retracción: fenómeno permanente y pasivo que consiste en un acortamiento definitivo de la fibra muscular uterina y la contractilidad: fenómeno intermitente y activo, que consiste en el acortamiento temporario de la fibra muscular uterina.
- **Puerperio Mediano:** abarca del 2° al 7° día, actuando los mecanismos involutivos, y comienza la lactancia.
- **Puerperio Tardío:** 7 a 42 días (22).

2.2.3.3. Cambios fisiológicos del puerperio

Durante las primeras horas del período post natal, la madre presenta cambios fisiológicos relacionados con todos los aparatos y sistemas corporales tales como: pérdida de peso de 4 a 7 kg como resultado de expulsión del producto, la placenta y el líquido amniótico, además se pierde por diuresis aproximadamente 2,5 Kg y hay una pérdida de sangre de 500 ml o más.

Signos vitales: Temperatura durante las primeras 24 horas que puede llegar a 38°C, por el esfuerzo muscular o la deshidratación. Si la temperatura pasa de 37°C durante dos días del puerperio es un signo de infección puerperal o vías urinarias, endometritis, mastitis u otras.

Cambios cardiovasculares: Pérdida de sangre durante el parto por aumento del 40% del volumen sanguíneo circundante en el embarazo. Se pueden perder de 500 ml en parto vaginal y 700 a 1000 ml por cesárea.

Cambios Urinarios: Tejido vesicular edematoso, congestionado e hipotónico después del parto, lo que ocasiona sobredistensión, vaciamiento incompleto y estasis de orina, esto disminuye a las 24 horas.

Cambios gastrointestinales: El funcionamiento intestinal se normaliza finalizando la primera semana por incremento del apetito e ingestión de líquidos.

Cambios musculo-esqueléticos: Músculos abdominales blandos, débiles y laxos. Quizás disminuya la sensibilidad de las extremidades inferiores en las primeras 24 horas debido a la aplicación de anestesia regional, predisposición a sufrir tromboflebitis por falta de actividad e incrementarse las concentraciones de protrombina.

Cambios mamarios: Se inicia la producción de leche (calostro) al tercer día. Al comienzo ingurgitación, se vuelve firme la estructura de la glándula mamaria, sensible y dolorosa al tacto, y de tamaño las mamas.

Al secretar la prolactina baja la leche que también se estimula por succión del lactante.

Cambios Uterinos: A las 12 horas luego del parto se palpa a 1 cm el fondo, por arriba del ombligo, la madre siente contracciones uterinas luego de expulsada la placenta.

Los loquios (flujo transvaginal después del parto) son rojos (loquios hemáticos) durante dos o tres días, su color cambia a parduzco (loquios serosos) y luego amarillo blanquecino (loquios blancos) entre sexto y séptimo día.

Durante el puerperio se recupera totalmente el piso pélvico, ligamentos uterinos, paredes vaginales y pared abdominal (23).

Mamas: La hormona lactógena prolactina produce un aumento del aporte sanguíneo y mayor actividad de las glándulas mamarias; se congestionan, se produce un estancamiento luego del tercer día del parto y dura 24 a 36 horas, después calma y sigue la lactancia. Durante este proceso de lactar las mamas son blandas y cómodas.

La primera sustancia que succiona el recién nacido es un líquido amarillento, poco espeso llamado calostro, el cual tiene más proteínas y sales, este líquido es secretado por las mamas hasta el tercero o cuarto día después del parto, luego es sustituido por la leche.

Útero: Los vasos se obliteran y se desarrollan nuevos vasos más pequeños, las células musculares del útero disminuyen el tamaño, parte del material proteico de la pared uterina es destruido y eliminado por la orina. La decidua se prepara en dos capas. La capa externa se desprende y forma parte de la secreción vaginal posterior al parto y se desarrolla en el endometrio a partir de la capa interna.

Se produce la involución, la cual es la vuelta del útero a su tamaño y posición normal. También luego del parto se produce una secreción vaginal llamada loquios que contiene la sangre de la superficie placentaria, partículas de decidua y moco.

Luego del parto se puede presentar un malestar abdominal llamados entuertos, ya que el útero se despliega en una masa firme, causando una contracción después de

un breve periodo de relajación. Si la madre amamanta a su hijo en el periodo de amamantado se produce el entuerto debido a que se produce estimulación del útero.

Cuello uterino, vagina, perineo: disminución de células musculares en cuello uterino después del parto. El cuello uterino recobra su estado normal y el extremo se puede mantener dilatado; el cuello, La vagina y el perineo recuperan su tono.

Retorno a la menstruación: Depende en poco de amamantar al niño o no. Es posible que la tenga durante un periodo de 8 semanas después del parto. Algunas veces por amamantar, el periodo menstrual se presenta hasta dos meses luego de terminada la lactancia.

Aparato digestivo: Problemas de estreñimiento el cual se produce por relajación de la pared abdominal y pérdida de la presión inter abdominal, lo cual se corrige con una buena nutrición, mucho líquido y recuperación del tono intestinal.

Cambios emocionales: Después del parto la madre está muy excitada, luego experimenta un sentimiento depresivo y puede volverse irritable o propensa al llanto, esto puede ser por los cambios hormonales.

Exámenes post parto: Se le debe realizar a las seis semanas después del parto. Se toma la presión arterial a la madre, exámenes de orina, mamas y pélvico (23).

2.2.3.4. Complicaciones del puerperio inmediato

Fenómeno que sobreviene en el curso del puerperio distinto de las manifestaciones habituales de ésta. Dentro de las principales complicaciones del puerperio están:

Hemorragia. La hemorragia posparto (HP) es una causa importante de muerte durante el embarazo y el posparto, siendo responsable del 25% de las muertes maternas en todo el mundo, y la segunda causa de muerte materna en el Reino Unido. Se define como la pérdida de sangre del tracto genital femenino después del parto fetal >500 ml (o >1.000 ml después de una cesárea). Se reconoce también cuando hay una caída del 10% en hematocrito.

De acuerdo a Herschderfer un 60% de todas las muertes maternas ocurren en el periodo postparto y un 45% en las primeras 24 horas.

Las tres causas más frecuentes de HPP son: Atonía uterina (50-60%), placenta retenida, restos placentarios (20-30%), laceraciones cervicales y/o vaginales (10%). Todos ellos representan aproximadamente el 95% de todas las causas de HPP.

a. Atonía Uterina: Es la incapacidad del músculo del miometrio de contraerse y permanecer así para que los vasos abiertos del sitio placentario sanen.

La clínica es hemorragia uterina junto a útero de consistencia blanda, que puede ser debida a la retención de restos placentarios o a coágulos de sangre (24).

Es la causa principal de la HPP. Se presenta en uno de cada 20 partos, representa el 80% de las HPP y es responsable de 50% de las muertes maternas en países pobres.

Los factores son: sobre distensión uterina por gestación múltiple, hidramnios o macrosomía fetal, agotamiento muscular por parto prolongado, rápido y/o gran multiparidad; y corioamnionitis por rotura prematura de membrana [23]. Se caracteriza por la incapacidad del útero para contraerse y mantener la contracción durante el puerperio inmediato.

Al examen físico se evidencia sangrado transvaginal abundante, rojo rutilante continuo, no doloroso. Se palpa un útero aumentado de tamaño flácido con poca o nula respuesta a la estimulación manual. Al examinar el canal del parto, no se evidencia laceraciones, el cuello uterino está dilatado y los signos vitales se alteran dependiendo de la cuantía de la pérdida hemática.

El manejo activo de alumbramiento reduce el riesgo de HPP en más de un 40%.

El tratamiento se basa en vaciar la vejiga y administrar uteroconstrictores, masaje uterino y ocasionalmente medidas quirúrgicas.

b. Retención Placentaria: Es definida como la no expulsión de la placenta dentro de los 30 minutos que suceden al parto del feto. La placenta se encuentra adherida o bien encarcelada en el útero, por lo que no puede ser expulsada. La cavidad uterina así ocupada por la placenta, no logra contraerse eficazmente por lo que el sangrado continúa. La presencia de restos placentarios, cotiledones o fragmentos de membrana ovulares adheridos a la pared uterina son la causa más frecuente de hemorragia tardía. Estos son los responsables del 5-10% de los casos (12).

Si luego del manejo activo del alumbramiento y realizar la tracción controlada del cordón, la placenta permanece retenida después de 30 minutos, se establece el diagnóstico de placenta retenida. El primer paso en el manejo de esta patología es la inyección venosa intraumbilical de oxitocina: 10-20 U diluidas en 20 ml de solución fisiológica.

Si luego de 15 a 30 minutos no se observa signos de desprendimiento se debe realizar una extracción manual de la placenta. Se encuentra contraindicada la administración

de ergonovínicos, porque puede ocasionar una contracción uterina tónica que retardaría más la expulsión (12).

c. Restos placentarios: Cuando algunas porciones de la placenta se quedan adheridas a la pared del útero se produce hemorragia, porque éste no se contrae para prevenirla. Puede ser temprana o tardía. Es esencial el examen cuidadoso de la placenta tras el alumbramiento. Para expulsar los fragmentos se administra oxitocina y si no es suficiente, será necesario la dilatación y el raspado (24)

Los factores para retención de restos placentarios incluyen partos en los cuales se realizó extracción de la placenta mediante tracción del cordón umbilical; igualmente, en aquellas pacientes con antecedentes de curetaje, cesárea, miomectomía y multiparidad por el riesgo de acretismo placentario (24).

La placenta retenida es una causa frecuente de hemorragia puerperal temprana (la segunda en incidencia después de la atonía), pero en ocasiones la placenta es expulsada y quedan retenidos cotiledones de una placenta normal o succenturiata. Estos restos placentarios adheridos al útero producen una interferencia mecánica con la función contráctil del miometrio, que ocasiona un cuadro similar a la atonía uterina. Si la pérdida hemática en el puerperio inmediato no es llamativa y la placenta no es revisada sistemáticamente, la retención de restos placentarios puede pasar inadvertida y manifestarse en el puerperio tardío. La retención de restos placentarios es la causa más frecuente de hemorragia posparto secundaria

Cuando los restos placentarios sufren un proceso de necrosis y depósito de fibrina se originan los "pólipos placentarios". La retención de restos placentarios sucede con mayor frecuencia en pacientes con el antecedente de cuadros hipertensivos del embarazo o restricción del crecimiento intrauterino y prematuridad; es decir, en los cuadros definidos como "alteraciones de la placentación" (25).

d. Traumatismo del Canal del Parto: Se debe tener en cuenta, en casos de hemorragia posparto con útero bien involucionado y tono adecuado, y presencia de sangrado rojo rutilante con evidencia en el canal de parto, de laceraciones o hematomas. El trauma del canal de parto es responsable de un 7% de la hemorragia posparto. Según su localización los hematomas se dividen en dos tipos: los de vagina, vulva y periné, que se localizan por debajo del músculo elevador del ano; y los de parametrio y ligamento ancho, situados por encima del músculo elevador. Clínicamente, los hematomas localizados por debajo del músculo elevador del ano se presentan como una tumoración dolorosa de color rojo-azulado, con dificultad para la

micción o defecación. En los hematomas localizados por encima del músculo elevador del ano se encuentra una tumefacción parauterina asociada a dolor, de carácter creciente en hipogastrio. Según la cuantía y rapidez de la pérdida hemática, puede aparecer un cuadro de anemia aguda y shock (14). Los traumatismos incluyen: laceraciones vaginales, perineales o cervicales (12) .

El traumatismo del canal del parto, asociado a un parto instrumentado, a la presencia de un feto macrosómico, a un parto que ocurre antes de la dilatación cervical completa.

La hemorragia transvaginal puede ser secundaria a laceraciones del cuello uterino o de la vagina, la severidad de estas lesiones varía de acuerdo con su extensión, desde una pequeña solución de continuidad en la mucosa hasta un desgarramiento cervical con extensión a parametrio.

Se manifiesta con una hemorragia persistente pero menos cuantiosa que en la atonía y la retención de tejidos. Su reparación debe realizarse inmediatamente luego de constatarse el desgarramiento. Los Cervicales se suturan en quirófano bajo anestesia general y los vaginales o perineales pueden resolverse en sala de partos, poniendo atención a la formación de hematomas (26,10,23).

e. Acretismo placentario. Cabe señalar que la salida de la placenta tiene lugar en los primeros 30 minutos tras el parto. De no ser así, podría tratarse de una placenta adherente por una implantación anormal de la misma, como pueden ser las placentas ácreta, íncreta o pércrta. El acretismo placentario es poco frecuente (1/2.500 partos) aunque en los últimos años se está registrando una incidencia ascendente (27).

La placenta acreta (PA) se define como una implantación placentaria anormal. Las vellosidades coriales se insertan directamente en el miometrio en ausencia de decidua basal. La etiología es aún poco conocida, parece que puede ocurrir un fallo en la decidualización normal, un defecto primario del trofoblasto que desemboca en una excesiva invasión e incluso, se ha sugerido que puede tener un papel en su desarrollo la hipoxia en determinadas áreas de la cicatriz uterina. Esta anomalía en la implantación incluye:

- Placenta ácreta. Las vellosidades se insertan directamente en el miometrio
- Placenta íncreta. Cuando las vellosidades penetran en el interior del miometrio.

- Placenta percreta. Cuando las vellosidades alcanzan la serosa peritoneal e incluso penetran en la cavidad abdominal e invaden órganos vecinos (28).

f. Coagulopatía. en el cual están incluidas todas las coagulopatías adquiridas o congénitas representando el 1%. La coagulopatía debe sospecharse en pacientes que presentan sangrado persistente en quienes se ha descartado la atonía uterina, trauma del canal de parto o retención de restos placentarios. Para confirmar el diagnóstico se debe solicitar fibrinógeno, tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina, recuento de plaquetas, producto de degradación de fibrinógeno/fibrina y niveles plasmáticos de inhibidores de la coagulación como antitrombina III y proteína C. Inicialmente los niveles de fibrinógeno disminuyen rápidamente, mientras que las plaquetas y las demás pruebas de coagulación permanecen normales. Niveles de fibrinógeno < 100 mg/dl confirman el diagnóstico (29).

g. Inversión uterina, Consiste en el prolapso del fondo uterino hasta o a través del cérvix, el útero se encuentra invertido de adentro hacia afuera y queda en contacto con el cuello uterino (inversión parcial), bien, el órgano invertido en su totalidad sale a través del cérvix y vagina (inversión total). se trata de una complicación obstétrica muy poco frecuente que se atribuye a una excesiva tracción de cordón y presión sobre fondo uterino (Maniobra de Credé). Los principales factores maternos son el acretismo placentario y el alumbramiento manual (27).

La inversión uterina obstétrica es una entidad rara, y una de las complicaciones más graves del tercer estadio del parto que pone en peligro la vida de la parturienta. La inversión del útero consiste en un cambio de disposición de sus paredes, la cara interna se convierte en externa y el órgano se invagina en forma de dedo de guante.

La condición de inversión uterina fue antiguamente confundida con el prolapso y es a Hipócrates (460-370 a.C.) a quien se ha dado el crédito de ser el primero en reconocerla. Fue Sorano (200 d.C.) quién no solo definió claramente la inversión, sino que concluyó que podía ser ocasionada por la tracción del cordón umbilical. Posteriormente, Avicenna, en Arabia (980-1037 d.C.), dio una clara descripción del diagnóstico diferencial entre inversión y prolapso. La próxima referencia importante de inversión uterina ocurrió durante el tiempo de Ambrosio Paré (siglo XVI) en el que se le reconoció como una entidad diferente al prolapso genital

Los factores se asocian a un inadecuado manejo de la tercera etapa del parto. Se describen entre ellos la tracción inapropiada del cordón umbilical, las maniobras de

presión fúndica (maniobra de Credé), la extracción manual de la placenta, el acretismo placentario y la presencia de un cordón corto.^{1,2} También, aunque raro, puede asociarse con malformaciones congénitas del útero.²

La inversión uterina puerperal es una complicación excesivamente rara y muy seria que ocurre en el tercer estadio del trabajo de parto; los grandes estudios reportan una incidencia de 1:20 000-1:25 000 partos (la estadística más frecuente indica 1:1 860 después de cesárea a 1:3 737 partos vaginales).

La inversión uterina se clasifica considerando varios aspectos, entre los cuales figura su relación con el parto, el tiempo y la extensión de la inversión.

Según la duración en tiempo desde el parto hasta el momento del diagnóstico se considera que la inversión es:

- Aguda: en las primeras 24 horas del puerperio.- Subaguda: de 24 horas hasta el primer mes
- Crónica: por más de 3 semanas (29).

2.3. Hipótesis

Se asocian significativamente los factores maternos y fetales con las complicaciones del puerperio inmediato en púerperas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. Cajamarca. 2017.

2.4. Variables

2.4.1. Variable dependiente

Complicaciones del puerperio inmediato

2.4.2. Variable independiente

Factores maternos y fetales

2.5. Definición conceptual y operacional de las variables

Tipo de variable	Dimensiones	Indicadores	Items	Escala
Variable dependiente: Complicaciones del puerperio inmediato. Fenómeno que sobreviene en el curso del puerperio distinto de las manifestaciones habituales de ésta (30).	Hemorragias post parto	Atonía uterina	Si No	Nominal
		Traumatismo del canal de parto.	Si No	Nominal
		Retención de restos placentarios	Si No	Nominal
	Complicaciones hematológicas.	Anemia post parto	Si No	Nominal
Variable independiente. Factores materno fetales. Factores que incrementan la posibilidad de la presencia de daño en las púerperas en el posta parto inmediato	Factores materno	Paridad	Primípara Múltipara	Nominal
		Parto precipitado	Si No	Nominal
		Rotura prematura de membranas	Si No	Nominal
	Factores fetales	Macrosomía fetal	Si No	Nominal
		Embarazo múltiple	Si No	Nominal

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Diseño y tipo de estudio

El diseño de la presente investigación es no experimental, de corte transversal y el tipo de estudio es descriptivo correlacional.

Es no experimental, porque la investigación se realizó sin manipular deliberadamente las variables, es decir que se observó las complicaciones del puerperio inmediato tal y como se presentaron en su contexto natural, para posteriormente analizarlos.

De corte transversal, porque los datos se recolectaron en un momento único, en un solo momento.

De tipo descriptivo, ya que se buscó describir las complicaciones del puerperio inmediato y los factores que influyen en ellos.

Correlacional, porque describió la asociación que existe entre factores materno fetales y las complicaciones del puerperio inmediato.

3.2. Área de estudio y Población

El estudio se llevó a cabo en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. Cajamarca, ubicado en la Av. Mario Urteaga N° 500 del distrito de Cajamarca que está en la zona nor andina del Perú, entre los paralelos 4° 30' y 7° 30' de latitud, y los meridianos 77° 47' y 79° 20' de longitud oeste.

La población estuvo constituida por el total de mujeres que fueron atendidas en su parto en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. Cajamarca en el año 2017 que según el libro de registro del servicio de Ginecología y Obstetricia fue de 1616.

$$N = 1616$$

3.3. Muestra

La muestra se obtuvo teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, considerando el muestreo aleatorio simple.

3.3.1. Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se calculó para estimar la proporción de puérperas con complicaciones en el puerperio inmediato ($P = 0.50$) con una confianza del 95% y una precisión en la estimación del 5% y se calculó teniendo en cuenta la siguiente fórmula:

$$n \geq \frac{NZ^2PQ}{d^2N + Z^2PQ}$$
$$n \geq \frac{(1616)(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.08)^2(1616) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$
$$n \geq 137$$

Dónde:

N = Tamaño de la población

n = Tamaño de la muestra

Z = 1,96 (coeficiente del 95% de confiabilidad)

P = (0,5) (Proporción de mujeres con complicaciones, en el puerperio inmediato)

Q = (0,5) (Proporción de mujeres sin complicaciones, en el puerperio inmediato)

d = 0,08. Error máximo permitido

3.4. Unidad de análisis

La unidad de análisis estuvo constituida por cada una de las puérperas con complicaciones, en el puerperio inmediato, atendidas en el Centro Materno perinatal Simón Bolívar. Cajamarca, 2017

3.5. Criterios de inclusión

- Ser una puérpera del puerperio inmediato
- Presentar algún tipo de complicación
- Estar en uso completo de sus facultades mentales.
- Aceptar voluntariamente ser parte de la muestra del presente estudio.

3.6. Criterios éticos

Esta investigación se fundamentó en criterios dirigidos a asegurar la calidad y la objetividad de la investigación, como los siguientes:

- **Autonomía.** La puérpera decidió libremente su participación en la investigación y pudo expresarse sin ser influenciada por parte de otras personas o de la investigadora.
- **Beneficencia.** Referida a buscar el bien para las puérperas participantes en la investigación, con el fin de lograr los máximos beneficios.
- **La no-maleficencia: (no causar daño).** La investigadora tuvo la obligación moral de respetar la vida y la integridad física de las puérperas inmediatas.
- **Consentimiento informado.** La puérpera emitió su conformidad de participar en la investigación firmando el consentimiento informado, luego que fue informada en forma clara y precisa del propósito y modalidad de la investigación.
- **Privacidad.** Se respetó el anonimato de la puérpera participante de la investigación, en todo el proceso de la investigación.
- **Confidencialidad.** La información obtenida de la puérpera, no ha sido revelada, utilizándose sólo para fines de investigación.

3.7. Procedimientos, técnicas y descripción del instrumento

En la realización del presente estudio, se procedió de la siguiente manera:

En una primera fase se solicitó el permiso a la Dirección del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, Cajamarca, a la jefa del servicio y al personal que labora en el servicio de obstetricia para la realización de la investigación, informando de su propósito.

En una segunda fase se solicitó el consentimiento informado de cada una de las puérperas, previa breve información de la importancia del estudio.

Para proceder a llenar la ficha de recolección de datos, se visitó a cada una de las puérperas, en el servicio de hospitalización del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, de la cual se obtuvo información respecto de sus datos de filiación para la data del perfil sociodemográfico y para completar con la información requerida se recurrió a las historias clínicas de donde se obtuvo información referente a los factores maternos y fetales que predispusieron a las complicaciones del puerperio inmediato, teniendo en cuenta los antecedentes y la presencia de ellos.

La técnica utilizada fue la encuesta y como instrumento se utilizó una ficha de recolección de datos donde se consignaron los datos sociodemográficos de las puérperas como edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación y procedencia; los factores maternos como la paridad, rotura prematura de membranas y parto precipitado y factores fetales como macrosomía y embarazo gemelar, así como las complicaciones del puerperio inmediato, considerados en base a los antecedentes. Anexo 01.

3.8. Procesamiento y análisis de datos

El procesamiento electrónico de la información se realizó utilizando el software estadístico SPSS V-25 para Windows y Microsoft Excel para Windows, a fin de generar una base de datos utilizando como estadística el chi cuadrado y el coeficiente de contingencia.

Luego se procedió a sistematizar los resultados en tablas simples y de contingencia para luego ser analizados.

Para la interpretación y análisis se procedió de la siguiente manera:

Fase descriptiva. Se han descrito los resultados de los factores materno – fetales, así como las complicaciones del puerperio inmediato y se ha realizado el análisis correlacional de la asociación entre ambas variables, asumiendo una diferencia estadística significativa si $p < 0,05$

Fase inferencial. Realizada para determinar la confiabilidad con que los resultados observados en la muestra se presentaron en otras realidades semejantes a lo encontrado en el presente estudio.

3.9. Control de calidad de datos

La calidad de los datos dependió fundamentalmente de la funcionalidad del instrumento usado para su recolección, y la fiabilidad de la consistencia interna del instrumento, la cual se estimó con el Alfa de Cronbach, la misma que asume que los ítems miden un mismo constructo y que estuvieron altamente correlacionados pues se obtuvo un valor de 0.86.

Además, se asume un 95% de confiabilidad de los resultados ya que los datos fueron recolectados por la misma autora de la investigación.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1. Caracterización sociodemográfica de las puérperas

Tabla 01. Características sociodemográficas de las puérperas inmediatas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017

Edad	n°	%
<15 años	2	1,5
15-19 años	35	25,5
20-24 años	32	23,4
25-29 años	34	24,8
30-34 años	17	12,4
35-39 años	13	9,5
40-44 años	4	2,9
Grado de instrucción	n°	%
Sin instrucción	3	2,2
Primaria incompleta	10	7,3
Primaria completa	25	18,2
Secundaria incompleta	26	19,0
Secundaria completa	48	35,0
Superior técnica	17	12,4
Superior universitaria	8	5,8
Estado civil	n°	%
Soltera	25	18,2
Casada	25	18,2
Conviviente	87	63,5
Ocupación	n°	%
Estudiante	37	27,0
Ama de casa	63	46,0
Empleada del hogar	8	5,8
Empleada del sector público	19	13,9
Empleada del sector privado	1	0,7
Independiente	9	6,6
Procedencia	n°	%
Rural	71	51,8
Urbana	66	48,1
Total	137	100,0

Fuente: datos recolectados por la autora

En la presente tabla se observa que el 25,5% de puérperas inmediatas pertenece al grupo etáreo de 15-19 años; cifras similares se encuentran en los grupos de 25-29 años y 20-24 años con 24,8% y 23,4%, respectivamente; de igual forma el grupo de puérperas mayores de 30 años, también es de 24,8%.

El grado de instrucción que se evidencia con mayor frecuencia en este grupo de puérperas es secundaria completa con 35%; el 12,4% tiene superior técnico y el 5,8% superior universitaria; sin embargo, el 44,5% de ellas tienen entre primaria y secundaria incompleta además el 2,2% manifestó no tener ningún grado de instrucción.

En lo que respecta al estado civil, el 63,5% de puérperas dijeron ser convivientes, mientras que en porcentajes iguales (18,2%) dijeron ser casadas y solteras.

En cuanto a la ocupación, el 46% de puérperas manifestaron ser amas de casa; el 27% estudiantes y el 13,9% empleadas del sector público; un importante 6,6% indicó trabajar independientemente.

Referente al lugar de procedencia, le 51,8% proceden de la zona rural y el 48,1% de la zona rural.

4.2. Identificación de los factores maternos

Tabla 02. Factores maternos de las complicaciones del puerperio inmediato en mujeres atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017

Paridad	n°	%
Primípara	57	41,6
Múltipara	80	58,4
Total	137	100,0
Rotura prematura de membranas	n°	%
Sí	45	32,8
No	92	67,2
Total	137	100,0
Parto precipitado	n°	%
Sí	41	29,9
No	96	70,1
Total	137	100,0

Fuente: datos recolectados por la autora

Se observa en la presente tabla que los factores maternos, seleccionados fueron la paridad la rotura prematura de membranas y el parto precipitado; determinándose que el 58,4% de puérperas fueron múltiparas y el 41,6% primíparas, el 32,8% presentó rotura prematura de membranas y en el 29,9% de casos se presentó un parto precipitado.

4.3. Identificación de los factores fetales

Tabla 03. Factores fetales de las complicaciones del puerperio inmediato en mujeres atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017

Macrosomía fetal	n°	%
Sí	1	0,7
No	136	99,3
Total	137	100,0

Embarazo múltiple	n°	%
Sí	2	1,5
No	135	98,5
Total	137	100,0

Fuente: datos recolectados por la autora

Se evidencia en la presente tabla que, solamente una puérpera (0,7%) tuvo un recién nacido con macrosomía y en el 1,5% se identificó embarazo múltiple.

4.4. Identificación de las principales complicaciones del puerperio inmediato.

Tabla 04 Complicaciones del puerperio inmediato en mujeres atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017

Atonía uterina	n°	%
Sí	12	8,8
No	125	91,2
Total	137	100,0

Traumatismo del canal del parto	n°	%
Sí	23	16,8
No	114	83,2
Total	137	100,0

Retención de restos placentarios	n°	%
Sí	4	2,9
No	133	97,1
Total	137	100,0

Anemia post parto	n°	%
Sí	36	26,3
No	101	73,7
Total	137	100,0

Fuente: datos recolectados por la autora

Los datos presentados en esta tabla hacen notar que las complicaciones del puerperio inmediato identificadas en las puérperas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar fueron: atonía uterina en el 8,8%; traumatismos del canal del parto en el 16,8%; retención de restos placentarios en 2,9% y anemia post parto en el 26,3%

4.5. Asociación entre factores materno fetales y complicaciones del puerperio inmediato.

Tabla 05. Complicaciones del puerperio inmediato según el factor de riesgo materno: paridad en mujeres atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017

Paridad	Atonía uterina				Total	
	Sí		No		n°	%
	n°	%	n°	%		
Primípara	3	5,3	54	94,7	57	41,6
Múltipara	9	11,3	71	88,8	80	58,4
Total	12	8,8	125	91,2	137	100,0
$X^2 = 1,493$					$p < 0,222$	

Paridad	Traumatismo del canal del parto				Total	
	Sí		No		n°	%
	n°	%	n°	%		
Primípara	11	19,3	46	80,7	57	41,6
Múltipara	12	15,0	68	85,0	80	58,4
Total	23	16,8	114	83,2	137	100,0
$X^2 = 0,440$					$p < 0,507$	

Paridad	Retención de restos placentarios				Total	
	Sí		No		n°	%
	n°	%	n°	%		
Primípara	1	1,8	56	98,2	57	41,6
Múltipara	3	3,8	77	96,3	80	58,4
Total	4	2,9	133	97,1	137	100,0
$X^2 = 0,468$					$X = 0,494$	

Paridad	Anemia				Total	
	Sí		No		n°	%
	n°	%	n°	%		
Primípara	10	17,5	47	82,5	57	41,6
Múltipara	26	32,5	54	67,5	80	58,4
Total	36	26,3	101	73,7	137	100,0
$X^2 = 3,992$					$p = 0,050$	

Fuente: datos recolectados por la autora

Los datos presentados en la tabla muestran que, del total de puérperas inmediatas, múltiparas, el 11,3% tuvo atonía uterina, en comparación a las primíparas que presentaron esta complicación solamente en el 5,3%; en cambio, del total de

primíparas, el 19,3% presentó traumatismo del canal del parto, en comparación a las multíparas que solamente el 15,0% tuvo este problema. También se observa que, del total de multíparas, el 3,8% tuvo retención de restos placentarios en comparación a las primíparas que solamente el 1,8% presentó esta complicación y de igual forma el 32,5% de multíparas presentó anemia, en comparación a las nulíparas que solamente tuvieron esta complicación en 17,5%.

Se encontró una diferencia estadística significativa entre las variables paridad y anemia ($p < 0,050$)

Tabla 06. Complicaciones del puerperio inmediato según el factor de riesgo materno: rotura prematura de membranas en mujeres atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017

Rotura prematura de membranas	Atonía uterina				Total	
	Sí		No		n°	%
	n°	%	n°	%		
Sí	7	15,6	38	84,4	45	32,8
No	5	5,4	87	94,6	92	67,2
Total	12	8,8	125	91,2	137	100,0
X = 2,978					p < 0.084	

Rotura prematura de membranas	Traumatismo del canal del parto				Total	
	Sí		No		n°	%
	n°	%	n°	%		
Sí	13	28,9	32	71,1	45	32,8
No	10	10,9	82	89,1	92	67,2
Total	23	16,8	114	83,2	137	100,0
X = 7,024					p < 0.008	

Rotura prematura de membranas	Retención de restos placentarios				Total	
	Sí		No		n°	%
	n°	%	n°	%		
Sí	3	6,7	42	93,3	45	32,8
No	1	1,1	91	98,9	92	67,2
Total	4	2,9	133	97,1	137	100,0
X = 3,319					p < 0.068	

Rotura prematura de membranas	Anemia				Total	
	Sí		No		n°	%
	n°	%	n°	%		
Sí	16	35,6	29	64,4	45	32,8
No	20	21,7	72	78,3	92	67,2
Total	36	26,3	101	73,7	137	100,0
X = 2,978					p < 0.084	

Fuente: datos recolectados por la autora

La presente tabla permite observar que del total de puérperas inmediatas que tuvieron rotura prematura de membranas (RPM) el 15,6% presentó atonía uterina; el 28,9% traumatismo del canal del parto, el 6,7%, retención de restos placentarios y el 35,6% anemia, mientras que en el grupo de quienes no presentaron RPM, solamente el 5,4%

presentó atonía uterina, el 10,9% traumatismo del canal del parto, el 1,1% retención de restos placentarios y el 21,7% anemia.

Tabla 07. Complicaciones del puerperio inmediato según el factor de riesgo materno: parto precipitado en mujeres atendidas en el Centro Materno

Perinatal Simón Bolívar, 2017

Parto precipitado	Atonía uterina				Total	
	Sí		No		n°	%
	n°	%	n°	%		
Sí	9	22,0	32	78,0	41	29,9
No	3	3,1	93	96,9	96	70,1
Total	12	8,8	125	91,2	137	100,0

X = 12,741

p = 0.000

Parto precipitado	Traumatismo del canal del parto				Total	
	Sí		No		n°	%
	n°	%	n°	%		
Sí	10	24,4	31	75,6	41	29,9
No	13	13,5	83	86,5	96	70,1
Total	23	16,8	114	83,2	137	100,0

X = 2,420

p < 0.120

Parto precipitado	Retención de restos placentarios				Total	
	Sí		No		n°	%
	n°	%	n°	%		
Sí	3	7,3	38	92,7	41	29,9
No	1	1,0	95	99,0	96	70,1
Total	4	2,9	133	97,1	137	100,0

X = 3.992

p < 0.046

Parto precipitado	Anemia				Total	
	Sí		No		n°	%
	n°	%	n°	%		
Sí	18	43,9	23	56,1	41	29,9
No	18	18,8	78	81,3	96	70,1
Total	36	26,3	101	73,7	137	100,0

X = 9,382

p < 0.002

Fuente: datos recolectados por la autora

Se observa en la presente tabla que del total de puérperas que tuvo parto precipitado (29,9%), el 22% tuvo atonía uterina, el 24,4% traumatismo del canal del parto, 7,3% retención de restos placentarios y 43,9% anemia; mientras que del grupo que no tuvieron este factor de riesgo (70,1%), solamente el 3,1% presentó atonía uterina, el

13,5% traumatismo del canal del parto, 1% retención de restos placentarios y 18,8%, anemia.

Estadísticamente se encontró relación significativa entre las variables parto precipitado y atonía uterina ($p = 0.000$); parto precipitado y restos placentarios ($p < 0.046$) y parto precipitado y anemia ($p < 0.002$).

Tabla 08. Complicaciones del puerperio inmediato según el factor de riesgo fetal: macrosomía fetal en mujeres atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017

Macrosomía fetal	Atonía uterina				Total	
	Sí		No		n°	%
	n°	%	n°	%		
Sí	1	100,0	0	0,0	1	0,7
No	11	8,1	125	91,9	136	99,3
Total	12	8,8	125	91,2	137	100,0
$\chi^2 = 10,493$					$p = 0,001$	
Macrosomía fetal	Traumatismo del canal del parto				Total	
	Sí		No		n°	%
	n°	%	n°	%		
Sí	1	100,0	0	0,0	1	0,7
No	22	16,2	114	83,8	136	99,3
Total	23	16,8	114	83,2	137	100,0
$\chi^2 = 4,993$					$p = 0,025$	
Macrosomía fetal	Retención de restos placentarios				Total	
	Sí		No		n°	%
	n°	%	n°	%		
Sí	1	100,0	0	0,0	1	0,7
No	3	2,2	133	97,8	136	99,3
Total	4	2,9	133	97,1	137	100,0
$\chi^2 = 33,493$					$p = 0,000$	
Macrosomía fetal	Anemia				Total	
	Sí		No		n°	%
	n°	%	n°	%		
Sí	1	100,0	0	0,0	1	0,7
No	35	25,7	101	74,3	136	99,3
Total	36	26,3	101	73,7	137	100,0
$\chi^2 = 0,142$					$p = 0,093$	

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Se aprecia en la presente tabla que en el presente estudio hubo un solo caso de macrosomía fetal, el cual está asociado directamente a la atonía uterina; de igual forma se asocia a traumatismos del canal del parto, a retención de restos placentarios y a anemia post parto.

Tabla 9. Complicaciones del puerperio inmediato según el factor de riesgo fetal: embarazo múltiple en mujeres atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017

Embarazo múltiple	Atonía uterina				Total	
	Sí		No		n°	%
	n°	%	n°	%		
Sí	2	100,0	0	0,0	2	1,5
No	10	7,4	125	92,6	135	98,5
Total	12	8,8	125	91,2	137	100,0
$\chi^2 = 21,142$					$p < 0.000$	
Embarazo múltiple	Traumatismo del canal del parto				Total	
	Sí		No		n°	%
	n°	%	n°	%		
Sí	0	0,0	2	100,0	2	1,5
No	23	17,0	112	83,0	135	98,5
Total	23	16,8	114	83,2	137	100,0
$\chi^2 = 0,409$					$p < 0.522$	
Embarazo múltiple	Retención de restos placentarios				Total	
	Sí		No		n°	%
	n°	%	n°	%		
Sí	0	0,0	2	100,0	2	1,5
No	4	3,0	131	97,0	135	98,5
Total	4	2,9	133	97,1	137	100,0
$\chi^2 = 0,061$					$p < 0.805$	
Embarazo múltiple	Anemia				Total	
	Sí		No		n°	%
	n°	%	n°	%		
Sí	2	100,0	0	0,0	2	1,5
No	34	25,2	101	74,8	135	98,5
Total	36	26,3	101	73,7	137	100,0
$\chi^2 = 5,694$					$p < 0.017$	

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En la presente tabla se evidencia que en el presente estudio hubo solamente dos casos de embarazo múltiple, los mismos que estaban relacionados a atonía uterina y con la anemia post parto; sin embargo, no guarda relación con traumatismo de canal del parto ni con la retención de restos placentarios.

CAPÍTULO V

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Al realizar el análisis de los factores sociodemográficos de la puérpera atendida en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar (**Tabla 01**), se observa que el 25,5% pertenece al grupo etáreo de 15-19 años; cifras similares se encuentran en los grupos de 25-29 años y 20-24 años con 24,8% y 23,4%, respectivamente; de igual forma el grupo de puérperas mayores de 30 años, también es de 24,8%. Resultados similares fueron encontrados por López y cols. (2015), quienes en su investigación encontraron que el 46,6% de puérperas pertenecían al grupo etáreo de 15-23 años; relativamente también son semejantes a los encontrados por Castro (2016) quien encontró que el 78,9% de puérperas tenían una edad menor de 35 años; de igual forma, Vargas (2016) también encontró que las puérperas tenían edad menor de 35 años en 78,9% (7,10,12).

La edad cobra importancia porque, para la mujer procrear presenta una condición biológica, social o de su conducta que puede afectar su salud o la de su descendencia dependiendo de la etapa de desarrollo en la que se encuentra. Aun cuando el período fértil en la mujer se extiende desde la menarquía hasta la menopausia, la edad óptima para la procreación se restringe a unos años de la vida, y varía según el criterio de diferentes autores: 20 a 29, 20 a 24 y 25 a 29 años. Se califica de riesgosa cuando la mujer tiene menos de 18 años, ya que tanto su madurez biológica y psicológica como su desarrollo económico y social son insuficientes para asumir la maternidad, con riesgo de la ocurrencia de bajo peso al nacer y de mortalidad para la madre y el niño. También cuando es mayor de 35 años, ya que en este período comienza el envejecimiento del sistema reproductor con el riesgo de trastornos uterinos, requerimientos de cesárea, o la aparición de malformaciones congénitas (31).

El grado de instrucción que se evidencia con mayor frecuencia en este grupo de puérperas es secundaria completa con 35%; el 12,4% tiene superior técnico y el 5,8% superior universitaria; sin embargo, el 44,5% de ellas tienen entre primaria y secundaria incompleta. Además el 2,2% manifestó no tener ningún grado de instrucción, datos similares fueron reportados por Quiñones (2013) quien encontró

que el 40% de las mujeres de su estudio, tenían un nivel secundario, mientras que el 36% tenía un nivel primario y el 17% un nivel superior, también coincide con los encontrados por Aguirre (2013), él encontró que 58% de las pacientes tenía un nivel de instrucción secundario sin indicar si completo o incompleto, asumiendo; sin embargo se asume que sean ambos; pero difieren con los hallazgos encontrados por Vargas (2016) y Pereira (2016) quienes encontraron que las puérperas tenían secundaria completa en 65,2% y 64,14%, respectivamente.

El nivel educativo está vinculado, a diversos patrones de conducta que puede tener la puérpera, sobre todo, a prácticas de autocuidado y cuidado del recién nacido, asumiendo que quienes tienen mayor nivel educativo posiblemente sean más receptivas y predispuestas a seguir los consejos brindados por el personal de salud sobre todo porque en torno al puerperio existen diversos mitos y creencias, algunos de ellos si no son modificados por la paciente pueden exponerla a riesgos innecesarios igual que a su bebé.

En lo que respecta al estado civil, el 63,5% de puérperas dijeron ser convivientes, mientras que en porcentajes iguales (18,2%) dijeron ser casadas y solteras.

Estos resultados son similares con los de Aguirre (2013) quien encontró que el mayor porcentaje de puérperas eran de unión estable en el 76%, mientras que el 22% estaban casadas; de igual forma Vargas (2016) también encontró que el estado civil que prevaleció fue el de conviviente en 56,3%, igualmente Pereira (2017) encontró que el estado civil conviviente fue de 75,1% (2,12,13); sin embargo difieren con los de Quiñones (2013) quien reporta que en su estudio el 53% de la mujeres fueron casadas y el 27% solteras y López (2015) informa por su parte que la mayoría son casadas (42,5%).

La convivencia es el estado civil actual que predomina en las sociedades tanto en Latinoamérica como en el Perú. A nivel nacional, la Superintendencia Nacional de los Registros Públicos (Sunarp) informó que solo en enero de 2017, se inscribieron 323 uniones de hecho en todo el país, esta inscripción le permite a la mujer contar con ciertos derechos legales, los cuales le dan confianza y cierta seguridad, misma que no tienen las mujeres solteras; sin embargo, no tienen relevancia en las complicaciones inmediatas del puerperio.

Referente a la ocupación, el 46% de puérperas manifestó dedicarse a las labores del hogar, dato mayor al reportado por el INEI quien en el último censo encontró que el 32,2% de mujeres es ama de casa en el país, mientras que el 65,6% de las madres en el Perú trabaja (32), dato que de igual forma no ha sido relacionado a complicaciones inmediatas del puerperio; sin embargo, es preciso mencionar que el porcentaje de amas de casa tal vez obedezca a una situación de inequidad de género tal y como lo señala La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal) que menciona que: “los indicadores laborales en América Latina y el Caribe siguen exhibiendo grandes brechas de género en el acceso a oportunidades y derechos entre hombres y mujeres. Las desigualdades tienen su base en un sistema social que reproduce estereotipos y conserva una división sexual del trabajo que limita la inserción laboral de las mujeres” (33).

Los presentes resultados muestran similitud con los reportados por Vargas (2016) y Pereira (2017) quienes reportaron que la mayoría de puérperas tenía como ocupación ser ama de casa con porcentajes de 75,8%, y 84,0%, respectivamente (12,13); sin embargo difieren con los encontrados por Quiñones (2013) quien encontró que solamente el 36% las mujeres tenían como ocupación el hacer doméstico, seguido del 30% de estudiantes, el 27% que tenían otras ocupaciones y por último el 7% como ayudantes del hogar;

Otro dato importante en el presente estudio es la procedencia de la puérpera determinando que el 51,8% proceden de la zona rural y el 48,1% de la zona urbana. Datos que difieren significativamente de los encontrados por Vargas (2016) y Pereira (2017) quienes identificaron que la mayoría de puérperas procedía de la zona urbana en porcentajes similares con 97,8% y 97,5%, respectivamente.

En cuanto a los factores maternos que pueden conllevar a alguna complicación del puerperio inmediato (**Tabla 02**), se identificó a la multiparidad, la rotura prematura de membranas y el parto precipitado determinándose que el 58,4% fueron múltiparas, el 32,8% presentó rotura prematura de membranas y en el 29,9% de casos se presentó un parto precipitado. Datos diferentes encontró Altamirano (2012) quien identificó como factores maternos a la ruptura prematura de membrana con 14,7% y parto precipitado en 12,8% (12).

Datos disímiles en cuanto a multiparidad encontró Aguirre (2013) quien reporta que el 56% de las puérperas eran primigestas, el 40% múltiparas y el 4% de las pacientes gran múltipara.

La multiparidad según diversos estudios puede conllevar a una hemorragia post parto, fundamentalmente de la atonía uterina, debido al agotamiento de la fibra muscular uterina que se ha estirado hasta el punto en que ya no es capaz de retraerse con rapidez ni contraerse con la firmeza suficiente para ocluir los vasos abiertos en forma rápida después del parto,

Ramirez (2017) señala que las pacientes gran multíparas tienen un riesgo 2,8 veces mayor de presentar episodios de hemorragia posparto en comparación con las pacientes de paridad menor (34); sin embargo Combs y cols. encontraron que la hemorragia obstétrica es más frecuente en nulíparas, sobre todo en las que tienen otros factores agregados: partos prolongados o instrumentados y padecimientos agregados, como la preeclampsia, con una razón de momios ajustada de 3.2 (34).

En cuanto al parto precipitado, aquel que se desarrolla de manera inesperada y que acontece en un periodo de tiempo inferior a 3 horas desde el inicio de contracciones regulares, puede presentar diversas complicaciones como desgarros severos del canal blando del parto, retención placentaria y atonía uterina. Su presencia en partos precipitados se debe por un lado, a la elevada intensidad de las contracciones uterinas que impiden la distensión paulatina del periné, aumentando con ello el riesgo de desgarros severos; y por otro lado a un agotamiento de la musculatura uterina tras el parto, lo que implica una escasa contractilidad del útero con resultado de atonía y/o retención de restos placentarios (15).

Respecto a la rotura prematura de membranas, esta, puede estar asociada a procesos infecciosos, tal y como lo sostiene Sarduy y cols. (2016) que la rotura prematura de membranas (RPM) se asocia con un incremento de la morbilidad materna, debido a la incidencia de corioamnionitis clínica e infección puerperal (35).

En lo que se refiere a los factores fetales solamente se identificó a la macrosomía fetal y al embarazo múltiple (**Tabla 03**) evidenciándose que solamente una puérpera (0,7%) tuvo un recién nacido macrosómico y en el 1,5% se determinó embarazo múltiple, ambos, observándose que la incidencia es baja en ambos casos, probablemente por el periodo en el que se obtuvo la muestra.

Vento (2016) también señala que la incidencia de la macrosomía, oscila entre 3-9% de los recién nacidos vivos; sin embargo, en países como Estados Unidos esta

incidencia aumenta, superando el 10% de todos los embarazos , en países como Cuba se estimó una incidencia del 4,5% y en países de América Latina, en los últimos años, se ha incrementado en un 2,5% en función de la transición nutricional observada en la últimas décadas, siendo responsable del 1 a 3,5% de las complicaciones durante el parto. En el país la prevalencia de este problema en 29 Hospitales del Ministerio de Salud, es de 11,37%, oscilando entre 2,76% y 20,91%, cifras superiores a las encontradas en el presente estudio (36).

La hemorragia post parto parece estar relacionada con macrosomía fetal por el aumento de volumen inicial y una descompresión brusca en el parto, así como desgarros perineales en el paso del feto por el canal de parto

Vento (2016) también afirma que el problema del incremento de peso fetal, está asociado a un riesgo constante tanto para la madre como para el recién nacido, observándose frecuentemente complicaciones como hemorragias posparto por rotura uterina, desgarros vagino-perineales de distinto grado, hipotonía o atonía uterina (36).

En cuanto al embarazo múltiple, se constituye en factor de riesgo de atonía uterina según investigaciones como las de Gil (2016) quien encontró que el antecedente obstétrico más frecuente fue el embarazo múltiple representando 65,4% (37).

García y cols. (2010) señalan que las complicaciones son más frecuentes durante el embarazo múltiple que en la gestación única, con incremento en las tasas de preeclampsia, amenaza de parto pre término, ruptura prematura de membranas, polihidramnios, sangrado y malformaciones, entre otras. El embarazo múltiple se vincula con morbilidad y mortalidad materna y neonatal mucho mayor. Las mujeres con productos múltiples tienen el doble de probabilidad de ingresar a la unidad de terapia intensiva y muertes en comparación con las que tienen productos únicos (38).

Los datos presentados en la **tabla 04** se hace notar que las complicaciones del puerperio inmediato identificadas en las puérperas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar fueron: atonía uterina en el 8,8%; traumatismos del canal del parto en el 16,8%; retención de restos placentarios en 2,9% y anemia post parto en el 26,3%

Estos datos son similares a los reportados por Aguirre (2013) quien encontró que el 7% de pacientes presentó atonía uterina; sin embargo este mismo autor encontró que

el 19% de ellas presentó retención de restos placentarios, dato diferente al encontrado en el presente estudio; también difieren con los datos encontrados por López y col. (2013) quienes encontraron que las complicaciones en el puerperio inmediato fueron en el 58,1% hipotonía uterina, anemia en 3,3% y muerte materna en 0,5%; Quiñones (2013) encontró que el 13% de las mujeres presentaron desgarros vagino perineales, el 17% retención placentaria y el 10% desgarros cervicales. y Gamarra (2015) evidenció en el 27,3% de puérperas inmediatas alumbramiento incompleto y retención de placenta en el 9,1%; anemia en 77,4% y hemorragia post parto en 11,3% (7,2,9,11). Castro (2016) por su parte encontró que el 58% de las complicaciones en mujeres durante el post-parto fueron las hemorrágicas (10); Vargas (2016) identificó que el 15,9% presentó atonía uterina (12)-

Pereira (2017) encontró dentro de las complicaciones del puerperio inmediato que el 23,6% presentó anemia leve, el 30,4% anemia moderada y solo el 0,8% presentaron anemia severa; el 5,9% presentó atonía uterina; el 34% de puérperas tuvo retención de tejidos y solo el 2,1% presentaron lesión del canal de parto (13); de estos resultados, solamente el dato referido a la atonía uterina coincide con los resultados encontrados en el presente estudio.

Es preciso mencionar que no se han encontrado otras complicaciones porque las pacientes con complicaciones más severas son derivadas al Hospital Regional Docente por ser un establecimiento de mayor complejidad.

Al analizar la asociación entre los factores maternos y las complicaciones del puerperio inmediato (**Tabla 05**), se determinó que, del total de puérperas inmediatas, multíparas, el 11,3% tuvo atonía uterina, en comparación a las primíparas que presentaron esta complicación solamente en el 5,3%; dato diferente al encontrado por Vargas (2016) quien encontró que la multiparidad estuvo presente en el 63,9% de los casos de atonía uterina. Del total de primíparas, el 19,3% presentó traumatismo del canal del parto, en comparación a las multíparas que solamente el 15,0% tuvo este problema. También se observa que, del total de multíparas, el 3,8% tuvo retención de restos placentarios en comparación a las primíparas que solamente el 1,8% presentó esta complicación y de igual forma el 32,5% de multíparas presentó anemia, en comparación a las nulíparas que solamente tuvieron esta complicación en 17,5%. Encontrándose una diferencia estadística significativa entre las variables paridad y anemia ($p < 0,050$).

Según estudios realizados a nivel nacional, estos datos son diferentes a los encontrados por Machado quien determinó que la nuliparidad es un factor asociado a atonía uterina; pues obtuvo un Odds ratio de 2,4 lo cual expresa que las gestantes nulíparas tienen 2 veces más probabilidades de realizar atonía uterina (39); sin embargo, la presencia de atonía uterina en multíparas puede deberse al agotamiento de la fibra miométrial que se presenta por el número de veces que la mujer ha estado embarazada, sobre todo si los embarazos han llegado a término y han sido con periodos intergenésicos cortos; Córdova (2017) encontró en su estudio que las multigestas fueron quienes presentaron desgarros de 1er grado en un mayor porcentaje (37.5%) (40) dato diferente al encontrado en el presente estudio, llegando a concluir que existen otros factores independientes a la paridad, que pueden influir en la presencia de traumatismos perineales. En cuanto a la retención de restos placentarios, esta complicación es independiente de la paridad, pudiendo ser idiosincrático de la parturienta, a problemas placentarios como la presencia de cotiledones aberrantes o a la mala praxis del profesional que atiende el parto. En lo que respecta a la anemia, los resultados del presente estudio coinciden con los reportados por Casavilca y Egoávil (2017) quienes reportaron que la primiparidad es un factor de riesgo en cuanto a la presencia de anemia en el post parto con asociación estadísticamente significativa ($p=0,015$); ya que en este grupo de mujeres suele asociarse la pérdida de sangre concerniente al parto, así como, el de la episiotomía (41).

Al analizar la rotura prematura de membranas como factor de riesgo asociado a las complicaciones del puerperio inmediato (**Tabla 06**) se determinó que del total de puérperas inmediatas que tuvieron rotura prematura de membranas (RPM) el 15,6% presentó atonía uterina; el 28,9% traumatismo del canal del parto, el 6,7%, retención de restos placentarios y el 35,6% anemia, mientras que en el grupo de quienes no presentaron RPM, solamente el 5,4% presentó atonía uterina, el 10,9% traumatismo del canal del parto, el 1,1% retención de restos placentarios y el 21,7% anemia.

Estudios realizados muestran datos similares, tal es el caso de Hernández que encontró que el 21% de las pacientes con antecedente de Rotura prematura de membranas tuvo hemorragia obstétrica versus 10% sin éste ($p = 0.1636$) (42). Palomo (2014) encontró en su estudio que la ruptura prematura de membranas estuvo presente en 13.43% de casos de atonía uterina (4). La rotura de membranas podría incidir en la atonía uterina de manera indirecta, en casos cuya causa ha sido un factor que aumenta sustancialmente el volumen uterino, de tal forma que ocasiones

agotamiento de la fibra miometrial, tal que en el post parto dificulte una contracción suficiente para la formación del globo de seguridad de Pinard. En la asociación de la RPM con los traumatismos del canal del parto o se han encontrado estudios con los que se puedan contrastar los resultados encontrados en el presente estudio, no obstante, se puede decir que, si se pierde totalmente el líquido amniótico, el canal del parto pierde su lubricación natural y se expone a traumatismos. Respecto a la asociación entre RPM y retención de restos placentarios, los datos encontrados son diferentes a los encontrados por Medina (2017) quien determinó en su estudio que, un 49% de puérperas atendidas con RPM del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia - Huancavelica, finalizó con retención de restos placentarios, y un 51% también con RPM finalizó sin retención de restos placentarios, llegando a la conclusión de que existía asociación significativa entre la RPM y la retención de restos placentarios ($\chi^2= 34,493$, $P < 0.05$). Habiendo una relación de 3 a 1 es decir por cada 03 puérperas con RPM 01 realizará retención de restos placentarios (43). La RPM asociada a retención de restos placentarios podría deberse a la friabilidad de las membranas asociada a una mala técnica de atención en el alumbramiento. Finalmente, los resultados de la asociación entre rotura prematura de membranas y anemia post parto son similares a los encontrados por Casavilca y Egoávil (2017) quienes determinaron que no existe relación estadísticamente significativa entre la rotura prematura de membranas y la anemia en el post parto ($p=0,902$) (41).

Al analizar las complicaciones del puerperio inmediato, según el factor de riesgo parto precipitado (**Tabla 07**) se observa que del total de puérperas que tuvo parto precipitado (29,9%), el 22% tuvo atonía uterina, el 24,4% traumatismo del canal del parto, 7,3% retención de restos placentarios y 43,9% anemia; mientras que del grupo que no tuvieron este factor de riesgo (70,1%), solamente el 3,1% presentó atonía uterina, el 13,5% traumatismo del canal del parto, 1% retención de restos placentarios y 18,8%, anemia.

Estadísticamente se encontró relación significativa entre las variables parto precipitado y atonía uterina ($p = 0.000$); parto precipitado y restos placentarios ($p < 0.046$) y parto precipitado y anemia ($p < 0.002$).

En cuanto a atonía uterina asociado a parto precipitado, es corroborado por Rubio y cols. (2017) quienes señalan que la atonía uterina asociada a parto precipitado se debe a un agotamiento de la musculatura uterina tras el parto, lo que implica una escasa contractilidad del útero con resultado de atonía y/o retención de restos placentarios (15).

Estudios realizados encontraron que el parto precipitado estuvo asociado a atonía uterina en 14,93% (4). En cuanto a traumatismos en el canal del parto y parto precipitado es explicable porque la salida brusca del feto ocasiona laceraciones en cualquier tramo del canal del parto, del mismo modo tironea fuertemente la placenta de manera incontrolable que puede ocasionar desgarros de las membranas las que pueden ser retenidas tal y como lo señala Rubio y cols. (2017), que las complicaciones asociada a partos precipitados se debe por un lado, a la elevada intensidad de las contracciones uterinas que impiden la distensión paulatina del periné, aumentando con ello el riesgo de desgarros severos; y por otro lado a un agotamiento de la musculatura uterina tras el parto, lo que implica una escasa contractilidad del útero con resultado de atonía y/o retención de restos placentarios (15). Y en cuanto a la anemia post parto, esta podría explicarse como un fenómeno que ocurre en cascada, secundaria a la atonía uterina que ocasiona una pérdida considerable sangre que de hecho disminuirá los niveles de hemoglobina de la puérpera.

Referente a las complicaciones del puerperio inmediato asociado al factor de riesgo macrosomía fetal (**Tabla 08**) se logró identificar que el caso de macrosomía está asociado directamente a la atonía uterina; a traumatismos del canal del parto, a retención de restos placentarios y a anemia post parto.

Vargas (2016) encontró que la macrosomía se observó con mayor prevalencia en pacientes con atonía uterina, desgarró de cérvix y lesión vaginal de III grado

Nkwabong E (2014) en África, referido por Vento (2016) realizó un trabajo titulado “las complicaciones maternas y neonatales de la macrosomía fetal” con el objetivo de identificar las complicaciones de macrosomía fetal, y obtuvo como resultados que las principales complicaciones maternas fueron los desgarros perineales de segundo grado, el parto instrumental y la hemorragia (36).

Estadísticamente se encontró asociación significativa entre las variables macrosomía fetal y atonía uterina ($p = 0,001$); macrosomía fetal y traumatismo del canal del parto ($p = 0,025$) y entre macrosomía fetal y retención de restos placentarios ($p= 0,000$).

Es entendible que la macrosomía fetal ocasione complicaciones en el puerperio, por el tamaño exagerado que presenta el feto y que va a ocasionar una sobre distensión uterina que posteriormente ocasiona relajación del útero o traumatismos en su paso por el canal del parto cuando se trata de un parto por vía vaginal.

Respecto a las complicaciones del puerperio inmediato asociado al factor de riesgo embarazo múltiple (**Tabla 09**) se identificó solamente dos casos; en ambos casos significó un riesgo significativo para atonía uterina.

Estadísticamente se encontró asociación significativa entre las variables embarazo múltiple y atonía uterina, según $p = 0,000$

De igual forma el embarazo múltiple también conlleva a una sobre distensión uterina que condicionará el agotamiento de la fibra miometrial conllevando posteriormente a una incapacidad para contraerse y retraerse adecuadamente.

CONCLUSIONES

Al finalizar la presente investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

1. La mayoría de puérperas, en el presente estudio, perteneció al grupo etáreo de 15-19 años, el mayor porcentaje de ellas tiene secundaria completa, son convivientes, amas de casa y procedentes de la zona rural.
2. Los principales factores materno fetales identificados fueron la multiparidad (58,4%), la rotura prematura de membranas (32,8%); el parto precipitado (29,9%), la macrosomía (0,7%) y el embarazo múltiple (1,5%).
3. Las principales complicaciones del puerperio inmediato que se presentaron fueron: la atonía uterina, traumatismo del canal de parto, retención de restos placentarios y anemia post parto.
4. Se determinó que, en el presente estudio, existe asociación significativa entre los factores maternos: paridad y la anemia post parto ($p = 0,050$), parto precipitado y atonía uterina ($p = 0,000$), parto precipitado y retención de restos placentarios ($p = 0,046$) y parto precipitado y anemia post parto ($p = 0,002$) y entre los factores fetales: la macrosomía fetal y la atonía uterina ($p = 0,001$); macrosomía fetal y traumatismo del canal del parto ($p = 0,025$) y macrosomía fetal y retención de restos placentarios ($p = 0,000$); el embarazo múltiple y la atonía uterina ($P = 0,000$).

SUGERENCIAS

1. A los obstetras del campo asistencial del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, identificar precozmente, factores que puedan condicionar la presencia de complicaciones del puerperio inmediato, como los encontrados en el presente estudio.
2. A los futuros tesisistas se sugiere realizar investigaciones similares considerando establecimientos de salud con mayor capacidad resolutive, y poblaciones mayores donde probablemente se identifiquen otros factores tanto maternos como fetales que conlleven a complicaciones del puerperio inmediato.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna. Artículo original. Ginebra - Suiza; 2018. Disponible el 13 de Agosto de 2018, de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
2. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia post parto. Primera ed. Ginebra - Suiza; 2014. Recuperado el 21 de Octubre de 2017, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/141472/1/9789243548500_spa.pdf
3. Organización Panamericana de la Salud. Cero muertes maternas por hemorragia: proyecto interdepartamental. Ginebra - Suiza; 2014.
4. Palomo J. Incidencia de la hemorragia post parto por atonía uterina. Tesis para obtener el grado de Maestro en Ciencias en Ginecología y Obstetricia. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2014. Recuperado el 26 de Agosto de 2018, de http://www.repositorio.usac.edu.gt/1662/1/05_9384.pdf
5. Aguirre L. Complicaciones puerperales inmediatas en pacientes de parto eutócico a realizarse en el Hospital Enrique C. Sotomayor. Tesis previa a la obtención del Título de Obstetra. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2013. Recuperado el 16 de Noviembre de 2018, de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1764/1/COMPLICACIONES%20PUERPERALES%20INMEDIATAS%20EN%20PACIENTES%20DE%20PARTO%20EUTOCICO%20EN%20EL%20HOSP.ENRIQUE%20SOTOMAYOR.pdf>
6. Villanueva L. Alto riesgo obstétrico. Artículo original. Chimbote; 2015. Recuperado el 17 de Noviembre de 2018, de http://files.uladech.edu.pe/docente/08651805/OBSTETRICIA_I/SESION_09/Factores_de_Riesgo_Obstetrico.pdf
7. Ordeñana C. Factores de riesgo asociados a hemorragia post parto inmediato, en pacientes del servicio de labor y parto, Hospital Escuela César Amador Molina, Matagalpa Nicaragua. Informe final de tesis para optar al Título de Maestría en Salud Pública. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2016. Recuperado el 28 de Octubre de 2018, de <http://repositorio.unan.edu.ni/7816/1/t918.pdf>
8. López G, Naula L. Características de las pacientes con complicaciones en el puerperio inmediato atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. Tesis previa a la obtención del Título de Médica. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2015 Enero- abril. Recuperado el 15

de Noviembre de 2018, de
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22408/1/TESIS.pdf>

9. Castro E. Macrosomía fetal. Incidencia, factores de riesgo asociados y complicaciones maternas en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del estado de México. Tesis para obtener el diploma de posgrado de la especialidad en Ginecología y Obstetricia. Toluca - México: Universidad Nacional de Colombia; 2014. Recuperado el 17 de Noviembre de 2018, de <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14865/Tesis.417719.pdf?sequence=1>
10. Quiñones M. Incidencia de fiebre puerperal, determinación de sus causas en el parto normal en el Hospital Enrique C. Sotomayor de setiembre de 2012 a febrero de 2013. Tesis. Universidad de Guayaquil; 2013.
11. Castro J. Complicaciones más frecuentes del post parto que se presentan en el Hospital Delfina Torres de Concha de la ciudad de Esmeraldas. Tesis previa a la obtención del Título de Licenciada en Enfermería. Esmeraldas. Ecuador: Universidad Católica del Ecuador; 2016. Recuperado el 16 de Noviembre de 2018, de <https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/856/1/CASTRO%20ESCOBAR%20JOSELYN%20ROMINA.pdf>
12. Gamarra R. Complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes con obesidad pregestacional atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el primer semestre del 2014. Tesis. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
13. Vargas M. Factores asociados a las complicaciones que se presentan durante el puerperio en un hospital general. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016. Recuperado el 16 de Noviembre de 2018, de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6165/Vargas_mm.pdf?sequence=1
14. Pereira K. Factores que se asocian a las complicaciones durante el puerperio en el Hospital María Auxiliadora (HAMA). Tesis de grado. Lima - Perú: Universidad Andina del Cuzco; 2017 Julio-setiembre. Recuperado el 16 de Noviembre de 2018, de http://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/UAC/1446/3/Kevin_Tesis_bachiller_2018.pdf
15. Villalobos I. Factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema en pacientes admitidas en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional

- Docente de Trujillo. Tesis para obtener el Título de segunda especialidad: emergencias obstétricas. Trujillo; 2017. Recuperado el 17 de Noviembre de 2018, de http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/18787/Villalobos_RIR.pdf?sequence=1&isAllowed=y
16. Rubio A, Molina M, Hernández A. Factores asociados a la pérdida sanguínea en partos precipitados. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2017; 40(2). Recuperado el 20 de Agosto de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272017000200237
 17. Vargas K, Vargas C. Ruptura prematura de membranas. *Revista Médica de Costa Rica*. 2014; LXXI(613). Recuperado el 17 de Noviembre de 2018, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2014/rmc145h.pdf>
 18. García J, Rodríguez A, Delgado A. Factores de riesgo de macrosomía fetal en pacientes sin diabetes mellitus gestacional. *Ginecología y Obstetricia de México*. 2016; 84(3): p. 164-171. Recuperado el 17 de Noviembre de 2018, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2016/gom163f.pdf>
 19. Ledo A, Sobrino M, Gutiérrez C, Alarcón J. Prevalencia y factores asociados a macrosomía en Perú. Artículo Original. Lima; 2016. Recuperado el 17 de Noviembre de 2018, de https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpmesp/v34n1/1726-4642-rpmesp-34-01-00036.pdf
 20. Saceda D. Macrosomía fetal. *Revista de salud y bienestar*. 2015.
 21. Gallego J. Embarazo múltiple. In Parra M, Muller E. *Obstetricia Integral Siglo XXI*. Colombia; 2015.
 22. Cunningham G. et al. *Williams Obstetricia*. Vigésima cuarta ed. México: Mc Graw Hill; 2015.
 23. Ministerio de Salud - Gobierno de Chile. Orientación técnica para la atención posparto Santiago de Chile; 2014. Recuperado el 16 de Noviembre de 2018, de https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/OTPUERPERI_REVISADO_F.pdf
 24. López L. Cambios fisiológicos durante el puerperio. Técnico. Caracas - Venezuela; 2014. Recuperado el 17 de Noviembre de 2018, de <http://cambiosfisiologicosduranteelpuerperio.blogspot.com/2014/03/cambios-fisiologicos-durante-el.html>
 25. López E. <http://www.revista-portalesmedicos.com>. [Online]; 2013. Available from: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/puerperio-principios-basicos/>.

26. García S, Álvarez E, Rubio C. Hemorragia post parto secundaria o tardía. Revista de Ginecología y Obstetricia de México. 2017; 85(4): p. 254-266. Recuperado el 17 de Abril de 2018, de <http://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v85n4/0300-9041-gom-85-04-00007.pdf>
27. Asturizaga P, Toledo L. Hemorragia obstétrica. Revista Médica La Paz. 2014; 20(2). Recuperado el 17 de Noviembre de 2018, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000200009
28. Pérez I, Valverde M, Cobo D, Moh G. Manjeo actual del acretismo placentario. España; 2013.
29. Borges R, Díaz F, Rodríguez O, Garaboto M, Moya C, Moré A. Inversión uterina puerperal subaguda grado II. Revista de Obstetricia y Ginecología. 2016; 42(2). Recuperado el 17 de Noviembre de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000200006
30. Baez J, Blanco D, Gutiérrez S, Peñaranda H. Complicaciones en el embarazo, parto y puerperio en pacientes atendidas en la clínica Juan N Coras Ltda. 2012. Investigación clínica. Bogotá: Universidad Juan N Corpas; 2012.
31. Alfonso C. El mejor momento: reflexiones antes de tener hijos. In Costales V. Procederes de Obstetricia y Ginecología para el Médico de Familia. La Habana: Ciencias Médicas; 2015. Recuperado el 16 de Agosto de 2018, de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/el_mejor_momento.pdf
32. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Más del 60% de las madres del país trabajan Lima; 2017. Recuperado el 16 de Agosto de 2018, de <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/mas-del-60-de-las-madres-del-pais-trabajan-9714/>
33. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe. Comunicado de prensa. Santiago de Chile; 2017. Recuperado el 16 de Agosto de 2018, de <https://www.cepal.org/es/comunicados/cepal-tasa-participacion-laboral-femenina-se-ha-estancado-torno-al-53-la-region>
34. Ramírez S, Torres G. Antecedentes obstétricos asociados a hemorragias post parto en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen. Tesis para optar el Título de Obstetra. Huancayo - Perú: Universidad Privada de Huancayo "Franklin Roosevelt"; 2017. Recuperado el 20 de Agosto de 2018, de

- <http://repositorio.uroosevelt.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/ROOSEVELT/85/Antecedentes%20Obst%C3%A9tricos%20Asociados%20a%20Hemorragia%20Post%20Parto%20en%20Pu%C3%A9rperas%20Inmediatas%20Atendidas%20en%20el%20Hospital%20Regional%20Docente%20Materno%20Infan>
35. Sarduy M, Sánchez N, Rodríguez A. Sepsis en pacientes con rotura preamtura de membranas pretérmino. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2016; 42(3). Recuperado el 20 de Agosto de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000300008
 36. Vento E. Macrosomía fetal y complicaciones maternas y neonatales en usuarias de parto vaginal. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016. Recuperado el 20 de Agosto de 2018, de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5537/vento_ae.pdf?sequence=1
 37. Gil M. Factores asociados a hemorragia post parto inmediato por atonía uterina en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2016. Recuperado el 21 de Agosto de 2018, de http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/520/1/Gil_m.pdf
 38. García R, Rodríguez J, Ortiz M, Matute Á. Embarazo múltiple: incidencia, morbilidad y manejo en el Centro Médico ABC. Anales Médicos. 2010 Julio-septiembre; 55(3): p. 122-126. Recuperado el 21 de Agosto de 2018, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2010/bc103c.pdf>
 39. Machado O. Factores asociados a la atonía uterina en puérperas del Hospital Uldarico Rocca Fernández- Villa El Salvador. Tesis para optar el Título de Obstetra Especialista en Emergencias Obstétricas y Alto Riesgo. Lima: Universidad San Martín de Porres; 2014. Recuperado el 25 de Agosto de 2018, de http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2684/1/machado_co
 40. Córdova I. Factores que predisponen al desgarro perineal durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. Lima: Universidad privada San Juan Bautista; 2016. Recuperado el 25 de Agosto de 2018, de <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/544/T-TPMC-Iv%C3%A1n%20Marco%20C%C3%B3rdova%20Tello.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

41. Casavilca K, Egoávil J. Factores de riesgo y anemia en el post parto en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Lima: Universidad Nacional de Centro ; 2017. Recuperado el 25 de Agosto de 2018, de <http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/1553/FACTORES%20DE%20RIESGO%20Y%20ANEMIA%20EN%20EL%20POST%20PARTO%20EN%20EL%20HOSPITAL%20NACIONAL%20EDGARDO%20REBAGLIATI%20MARTINS%20D.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
42. Hernández M, García J. Factores de riesgo de hemorragia obstétrica. Revista de Ginecología y Obstetricia de México. 2017; 84(12): p. 757-764. Recuperado el 20 de Agosto de 2018, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2016/gom1612d.pdf>
43. Medina Y. Ruptura Prematura de membranas y retención de restos placentarios en puérperas del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia - Huancavelica. Tesis para optar el Título Profesional de Obstetra. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica; 2017. Recuperado el 25 de Agosto de 2018, de <http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/1149/TP-UNH.OBST.00083.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
44. Medina E. Diferencias entre la depresión post parto, la psicosis post parto y la tristeza post parto. Perinatología y Reproducción Humana. 2013 Junio 21; 27(3): p. 185-193.

ANEXO 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: Factores materno fetales asociados a complicaciones del puerperio inmediato. Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. Cajamarca, 2017				
Formulación del problema	Objetivo general	Hipótesis	Variable dependiente	Diseño y tipo de estudio
¿Cómo se asocian los factores materno fetales con las complicaciones del puerperio inmediato en puérperas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar? Cajamarca, 2017?	<p>Determinar la asociación entre factores materno fetales y las complicaciones del puerperio inmediato en puérperas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. Cajamarca, 2017.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Caracterizar social y demográficamente a las puérperas del estudio.</p> <p>Identificar los porcentajes de los factores maternos, de las complicaciones del puerperio inmediato.</p> <p>Identificar los porcentajes de los factores fetales, de las complicaciones del puerperio inmediato.</p> <p>Identificar las principales complicaciones que se presentan en el puerperio inmediato.</p>	Se asociación significativamente los factores maternos y fetales con las complicaciones del puerperio inmediato en puérperas atendidas en el Hospital Simón Bolívar. Cajamarca. 2017.	<p>Complicaciones del puerperio inmediato</p> <p>Variable independiente</p> <p>Factores maternos y fetales</p>	El diseño de la presente investigación es no experimental, de corte transversal y el tipo de estudio es descriptivo correlacional.

ANEXO 02

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad

< 15 años () 15-19 años () 20-24 años ()
25-29 años () 30-34 años () 35-39 años ()
40-44 años ()

2. Grado de instrucción

Sin instrucción () Primaria incompleta ()
Primaria completa () Secundaria incompleta ()
Secundaria completa () Superior técnica ()
Superior universitaria ()

3. Estado civil

Soltera () Casada () Conviviente ()

4. Ocupación

Estudiante () Ama de casa () Empleada
del hogar () Empleada del sector público ()
Empleada del sector privado () Independiente ()

5. Procedencia

Zona rural () Zona urbana ()

6. Peso Habitual..... Talla:.....

II. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS Y DATOS DEL RECIEN NACIDO

7. Peso del recién nacido

2,500 – 4000 gr. () < 2500 gr () > 4000gr. ()

III. FACTORES MATERNOS

8. Paridad: Primípara () Multípara ()

9. Rotura prematura de membranas: Si () No ()

10. Parto precipitado Si () No ()

III FACTORES FETALES

11. Macrosomía fetal: Si () No ()
12. Embarazo múltiple: Si () No ()

IV. COMPLICACIONES DEL PUERPERIO

- Atonía uterina: Si () No ()
Trauma del canal del parto: Si () No ()
Retención de restos placentarios: Si () No ()
Anemia post parto Si () No ()