

“Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad”

# **UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA**

(Creada por Ley N°. 25265)



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD**

## **TESIS**

**FACTORES DE RIESGO DE LA PUERPERA INMEDIATA,  
PROVENIENTES DE PARTO EUTOCICO DEL HOSPITAL PICHANAKI,  
JUNÍN 2017.**

**PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:  
EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTETRICO**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**  
**SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

**PRESENTADO POR:**  
Obsta: Obsta: NOLASCO LEÓN, Yulyana

**HUANCAMELICA – PERÚ**

**2018**

# ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa a los 19 días del mes de diciembre a las 10:00 horas del año 2018 se instaló el Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis del (la) Obstetra:

NOLASCO LEÓN, YULIANA

Siendo los Jurados Evaluadores:

Presidente : Dr. LEONARDO LEYVA YATACO  
Secretario : Mg. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE  
Vocal : Dra. JENNY MENDOZA VILCAHUAMAN

Para calificar la Sustentación de la Tesis titulada:

FACTORES DE RIESGO DE LA PUERPERA INMEDIATA, PROVENIENTES DE PARTO EUTÓICO DEL HOSPITAL PICHANAKI, JUNÍN 2017.

Presentado por el (la) Obstetra:  
NOLASCO LEÓN YULIANA

Concluida la sustentación, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 648 - 2018 concluyendo a las 11:00 horas. Acto seguido, los Jurados deliberan en secreto llegando al calificativo de: Aprobado por UNANIMIDAD.

Observaciones:

Ninguna

Ciudad Universitaria de Paturpampa, 19 de diciembre 2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PRESIDENTE

Dr. LEONARDO LEYVA YATACO  
DOCENTE ASOCIADO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
E OBSTETRICIA

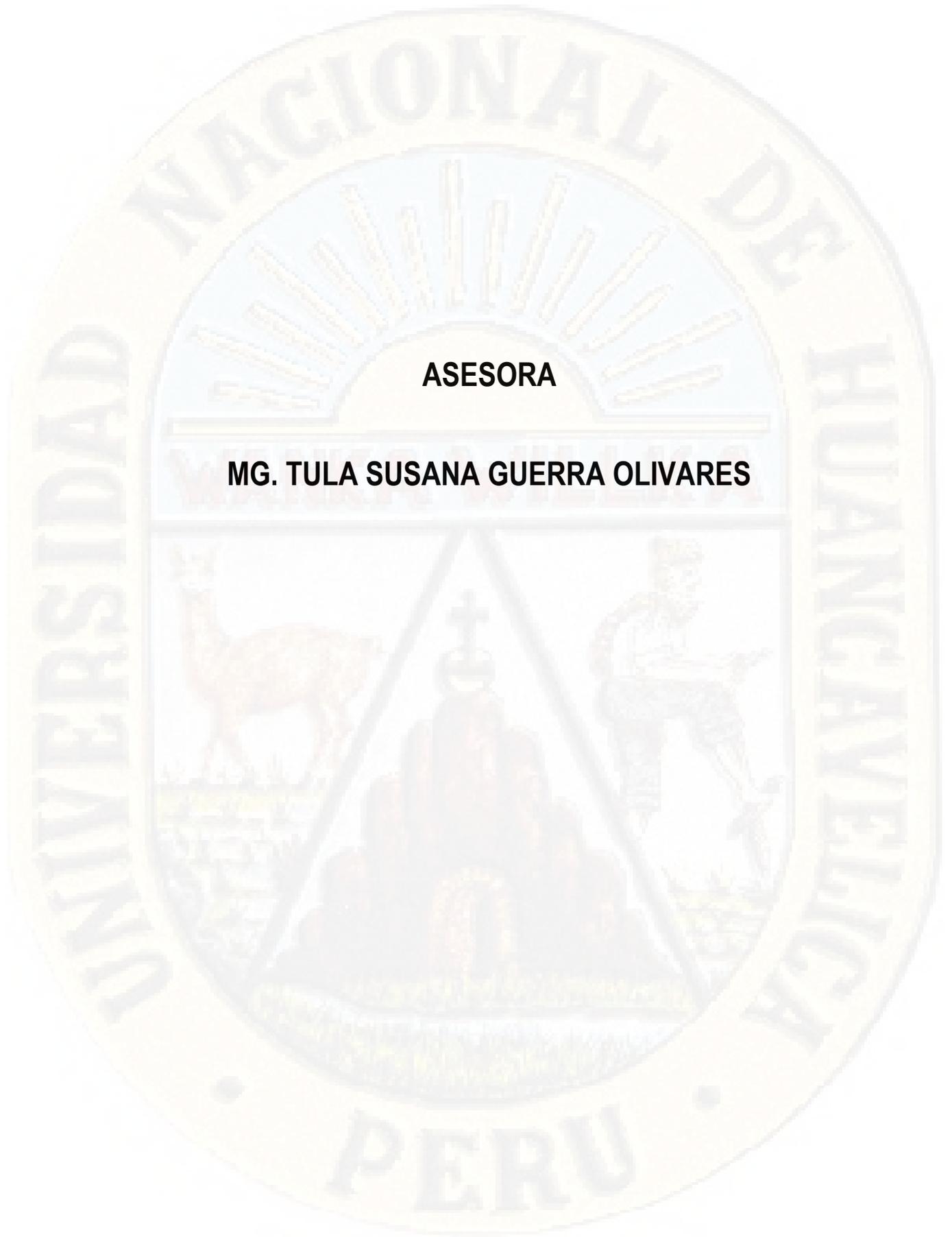
Mg. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dra. Jenny Mendoza Vilcahuaman  
DOCENTE

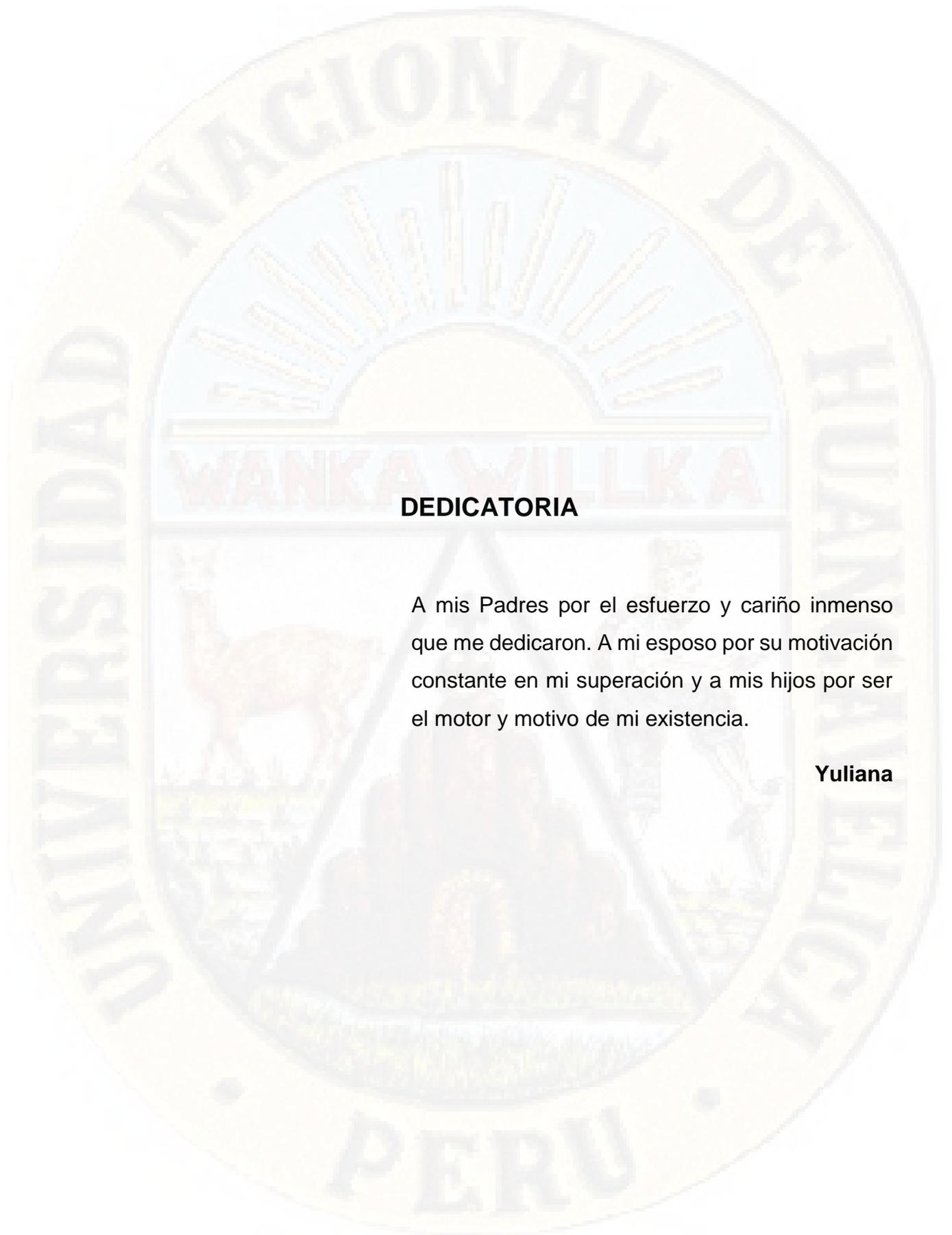
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DECANATO  
VºBº COORDINACIÓN  
Mg. YOLANDA SUZANA QUERRA SUAREZ  
DECANA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
SECRETARIA DOCENTE  
VºBº SECRETARIA DOC.  
Obsta. Gabriela Ordoñez C...  
COP 27047



**ASESORA**

**MG. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES**



### **DEDICATORIA**

A mis Padres por el esfuerzo y cariño inmenso que me dedicaron. A mi esposo por su motivación constante en mi superación y a mis hijos por ser el motor y motivo de mi existencia.

**Yuliana**

## **AGRADECIMIENTO**

A la Universidad Nacional de Huancavelica por darme la oportunidad de la especialización y poder brindar un servicio acreditado y de calidad, humanista, competente de acuerdo a la necesidad de cada gestante de alto riesgo.

A mi asesora Mg. Tula Guerra Olivares, por su asesoramiento y orientación en el logro del presente estudio.

A mi esposo por su apoyo constante motivando mi superación y dando prioridad a mis sueños y compartir mis logros.

Agradezco al Director del Hospital de Puchanaki, por las facilidades en cada etapa de la elaboración del presente trabajo de investigación.

**La Autora**

## RESUMEN

El presente estudio titulado: Factores de riesgo de la puerpera inmediata, provenientes de parto eutósico del Hospital Pichanaki, Junín 2017, tuvo el objetivo: Determinar los factores de riesgo de la puerpera inmediata, provenientes de parto eutósico del Hospital Pichanaki, Junín 2017. Metodología: Descriptivo, no experimental, prospectivo de corte transversal, la población 385 Historias clínicas de gestantes que acudieron al Hospital Pichanaki 2017, con una muestra no probabilística intencional que cumplió con los criterios de exclusión y que fueron 47 HC. De puerperas inmediatas provenientes de parto eutósico. Resultados: Los factores de riesgo concepcional para la puerpera, fueron: el 46.8% fueron primíparas, el 42.6% multíparas, el 10.6% gran multíparas; el 89.4% fueron primíparas o multíparas; la edad promedio fue 26.23 años, la edad mínima 18 años y la máxima 41 años; el 25% tuvieron edad menor a 19 años, el 75% tuvieron edad menor a 36 años; el 19.1% tuvieron educación primaria o menos, el 80.9% secundaria o más y el 36.2% tuvieron antecedente de aborto, el 63.8% no la tuvieron. En cuanto a los factores de riesgo concepcional: el 25.5% tuvieron menos de 6 atenciones prenatales y el 74.5% tuvieron CPN completo; el 12.8% tuvieron un índice de masa corporal fuera de lo normal; el 14.9% tuvieron hipertensión arterial inducida por el embarazo; el 55.3% tuvieron anemia durante el embarazo. En cuanto a los factores de riesgo intranatal: el 12.8% tuvieron Macrosomía fetal; el 19.1% tuvieron ruptura prematura de membranas mayor a 6 horas y el 19.1% tuvieron parto prolongado y el 72.3% tuvieron alumbramiento completo. Conclusión: Las edades extremas no fueron factores de riesgo de mayor prevalencia, 2 de cada 10 puerperas tiene primaria o menos y 3 de cada 10 puerperas tuvieron antecedentes de aborto, como factor de riesgo. Una importante porcentaje 25%, de puerperas no tuvieron control pre natal completo. 2 de cada 10 puerperas RPM mayor de 6 horas y parto prolongado respectivamente y un 27.7 de puerperas tuvieron alumbramiento incompleto.

**Palabras Clave:** Puerpra inmediata, factores de riesgo, complicaciones del puerperio

## ABSTRACT

The present study entitled: Risk factors of the immediate puerpera, from euteric delivery of the Hospital Pichanaki, Junín 2017, had the objective: To determine the risk factors of the immediate puerpera, coming from the euttic delivery of the Hospital Pichanaki, Junín 2017. Methodology : Descriptive, non-experimental, prospective cross-section, population 385 Clinical histories of pregnant women who attended the Hospital Pichanaki 2017, with an intentional non-probabilistic sample that met the exclusion criteria and which were 47 HC. Of immediate puerperas from eutectic birth. Results: The conceptional risk factors for puerpera were: 46.8% were primiparous, 42.6% multiparous, 10.6% large multiparous; 89.4% were primiparous or multiparous; the average age was 26.23 years, the minimum age was 18 years and the maximum age was 41; 25% were under the age of 19, 75% were under 36 years old; 19.1% had primary education or less, 80.9% secondary or more and 36.2% had a history of abortion, 63.8% did not. Regarding conceptional risk factors: 25.5% had less than 6 prenatal care and 74.5% had complete NPC; 12.8% had an out-of-normal body mass index; 14.9% had hypertension induced by pregnancy; 55.3% had anemia during pregnancy. Regarding intranatal risk factors: 12.8% had fetal macrosomia; 19.1% had premature rupture of membranes greater than 6 hours and 19.1% had prolonged labor and 72.3% had complete delivery. Conclusion: Extreme ages were not risk factors of higher prevalence, 2 out of 10 puerperas have primary or less and 3 out of 10 puerperas had a history of abortion, as a risk factor. An important 25% of puerperas did not have complete prenatal control. 2 out of 10 puerperas RPM greater than 6 hours and prolonged childbirth respectively and 27.7 puerpera had incomplete delivery.

**Keywords:** Immediate labor, risk factors, puerperium complications.

## ÍNDICE

Portada	I
Hoja de Asesor	II
Dedicatoria	III
Agradecimiento	IV
Resumen	V
Abstract	VI
Indice	VII
Indice de tablas	X
Introducción	XI
<b>CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
1.1. Fundamentación del problema	13
1.2. Formulación del problema	15
1.3. Objetivos de la investigación	15
1.3.1. Objective General	15
1.3.2. Objective Especifico	15
1.4. Justificación e importancia	15
1.5. Factibilidad de la Investigación	16
<b>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes de la investigación	17
2.2. Bases teóricas	22
2.2.1. Riesgo obstetrico	22
2.2.2. Factores de riesgo preconcepcional de la puerpera	23

2.2.3.	Factores de riesgo conceptuales de la puerpera	25
2.2.4.	Factores de riesgo intraparto	30
2.2.5.	Puerperio	33
2.2.6.	Clasificación del puerperio	33
2.2.7.	Puerperio inmediato	34
2.2.8.	Puerperio propiamente dicho	35
2.2.9.	Puerperio alejado	35
2.2.10.	Puerperio tardío	36
2.2.11.	Atención del puerperio inmediato	36
2.2.12.	Cambios fisiológicos durante el puerperio	36
2.2.13.	Hemorragia post parto	39
2.3	Formulación de Hipótesis	39
2.4	Definición de términos	39
2.5	Identificación de variables	40
2.6	Operacionalización de variables	41
<b>CAPITULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>		
3.1	Tipo de investigación	44
3.2	Nivel de Investigación	44
3.3	Método de Investigación	44
3.4	Diseño de Investigación	44
3.5	Población y muestra	45
3.5.1.	Población	45
3.5.2.	Muestra	45
3.5.3.	Criterios de selección	45

3.6	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	46
	3.6.1. Técnica	46
	3.6.2. Instrumento	46
3.7	Técnicas de Procesamiento y análisis de datos	46
	<b>CAPITULO IV: RESULTADOS</b>	
4.1	Presentación e Interpretación de resultados	47
4.2	Discusión de resultados	59
	<b>CONCLUSIONES</b>	61
	<b>RECOMENDACIONES</b>	62
	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	63
	<b>ANEXOS</b>	
	Instrumento	67
	Matriz de consistencia	69

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Paridad de la puérpera inmediata de parto eutócico atendida en el Hospital Pichanaki.	47
Tabla 2	Edad de las puérperas inmediatas de parto eutócico atendida en el Hospital Pichanaki	48
Tabla3	Nivel de estudios de la puérpera inmediata de parto eutócico atendida en el Hospital Pichanaki.	49
Tabla 4	Antecedente de aborto en la puérpera inmediata de parto eutócico atendida en el Hospital Pichanaki.	50
Tabla 5	Atenciones prenatales en las puérperas inmediatas de parto eutócico atendidas en el Hospital Pichanaki	51
Tabla 6	Índice de Masa Corporal en las puérperas inmediatas de parto eutócico atendida en el Hospital Pichanaki	52
Tabla 7	Hipertensión arterial inducida por el embarazo en las puérperas inmediatas en el Hospital Pichanaki.	53
Tabla 8	Anemia durante el embarazo en las puérperas inmediatas de parto eutócico atendida en el Hospital Pichanak.	54
Tabla 9	Macrosomía fetal en las puérperas inmediatas de parto eutócico atendida en el Hospital Pichanaki.	55
Tabla10	Ruptura prematura de membranas mayor a 6 horas en las puérperas inmediatas atendida en el Hospital Pichanaki	56
Tabla11	Parto prolongado en las puérperas inmediatas de parto eutócico atendida en el Hospital Pichanaki	57
Tabla12	Alumbramiento Incompleto de las puérperas inmediatas de parto eutócico atendidas en el Hospital Pichanaki	58

## INTRODUCCION

La presente investigación titulada: “Factores de riesgo de la puerpera inmediata, provenientes de parto eutósico del Hospital Pichanaki, Junín 2017, teniendo en cuenta que los factores de riesgo para la puerpera inmediata se asocia con una morbilidad y mortalidad perinatal superior a la de la población general, siendo los factores de riesgo considerados en el estudio la paridad, edad materna, bajo nivel escolar, el control pre natal, síndrome de hipertensión arterial, la anemia durante el embarazo, la macrosomía fetal, el parto prolongado y el alumbramiento incompleto.

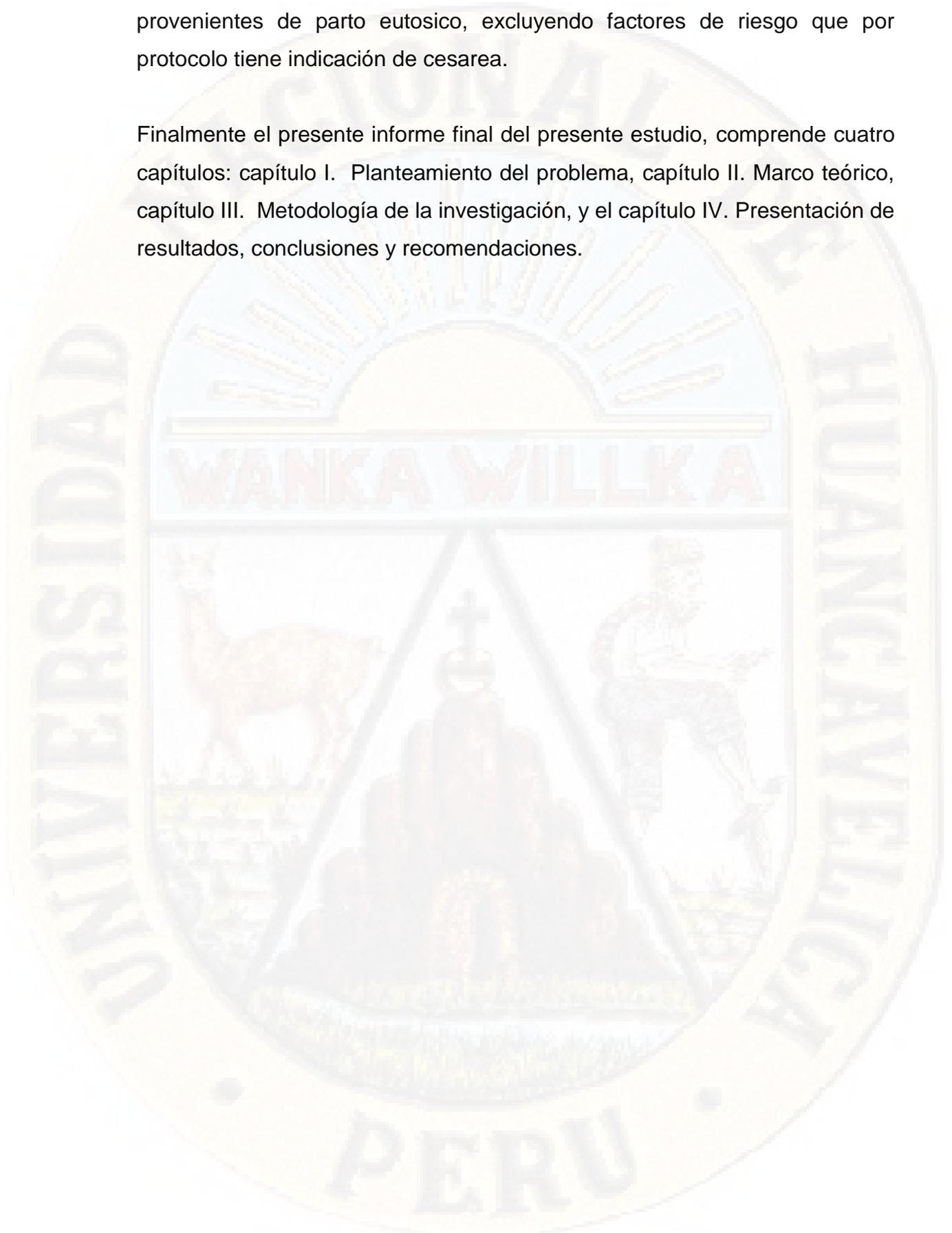
Los factores de riesgo en las puerperas se presentan a razón de mayor pobreza y menor fomento de la promoción y prevención de la salud reproductiva y del diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado de estos factores. Así mismo la presencia de los factores de riesgo tanto del embarazo, parto y puerperio tiene relación directa con la morbilidad y mortalidad materna por complicaciones como la hemorragia, Hipertensión Arterial e Infecciones, especialmente las mujeres en países de desarrollo como el nuestro(1)

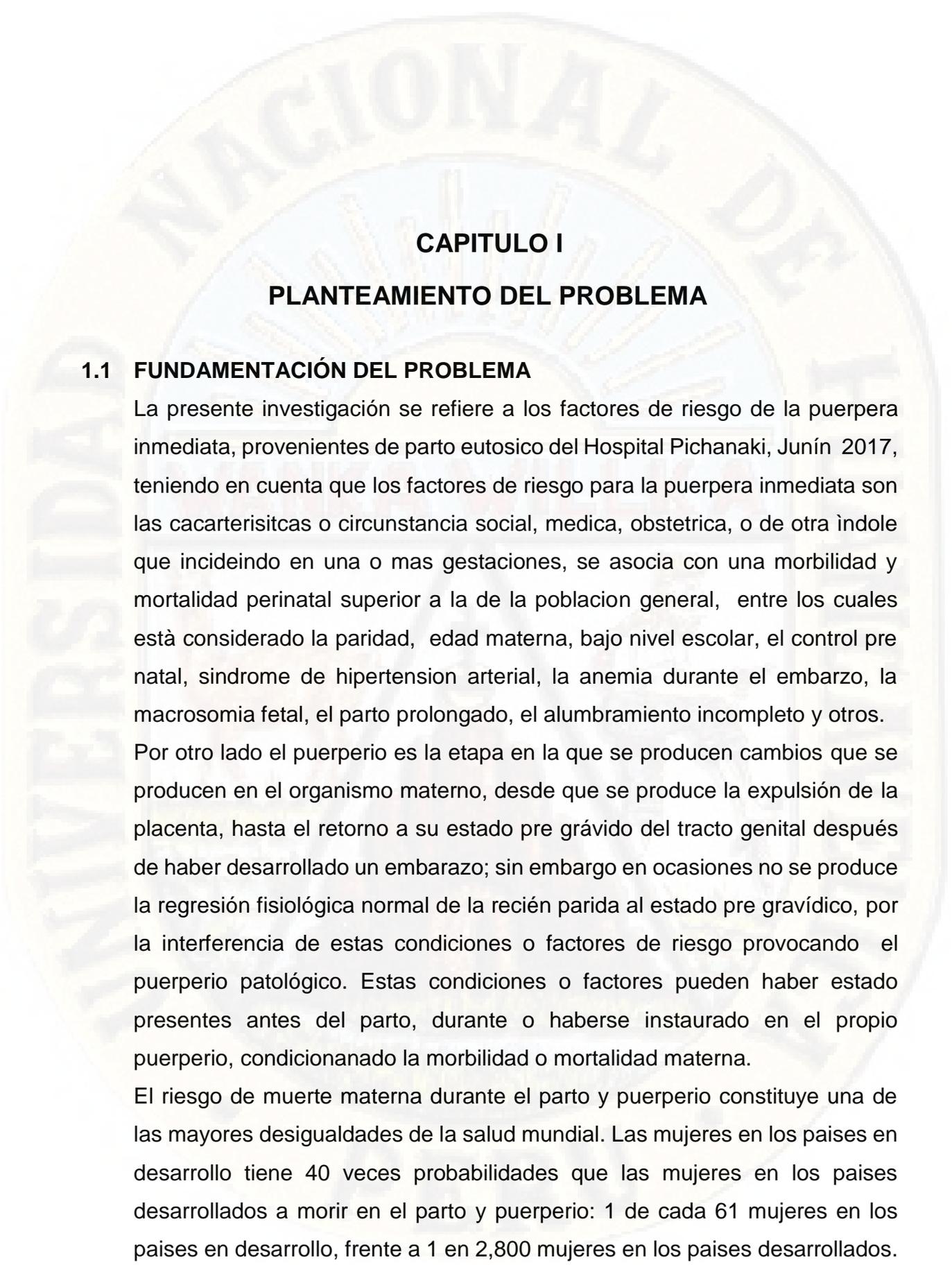
La investigación de esta problemática se realizó con el propósito de determinar los factores de riesgo de la puerpera inmediata, provenientes de parto eutósico, toda vez que el hospital de Pichanaki, no es ajena a esta problemática; pese a los esfuerzos que se hace siguiendo la ruta establecida por el Ministerio de salud de nuestro país; en el que se tienen casos de morbilidad materna por complicaciones en el puerperio.

En el desarrollo de la investigación se utilizó un tipo de investigación descriptivo, no experimental, retrospectivo y de corte transversal. La población lo constituyó todas las Historias clínicas de las gestantes atendidas en el Hospital de Pichanaki en el año 2017 que fueron 385 Historias Clínicas, y la muestra fue no probabilístico intencional ya que se trabajó con todas las que cumplieron los criterios de selección; es decir todas las puerperas inmediatas

provenientes de parto eutósico, excluyendo factores de riesgo que por protocolo tiene indicación de cesarea.

Finalmente el presente informe final del presente estudio, comprende cuatro capítulos: capítulo I. Planteamiento del problema, capítulo II. Marco teórico, capítulo III. Metodología de la investigación, y el capítulo IV. Presentación de resultados, conclusiones y recomendaciones.





## **CAPITULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA**

La presente investigación se refiere a los factores de riesgo de la puerpera inmediata, provenientes de parto eutósico del Hospital Pichanaki, Junín 2017, teniendo en cuenta que los factores de riesgo para la puerpera inmediata son las características o circunstancia social, médica, obstétrica, o de otra índole que incidiendo en una o más gestaciones, se asocia con una morbilidad y mortalidad perinatal superior a la de la población general, entre las cuales está considerado la paridad, edad materna, bajo nivel escolar, el control prenatal, síndrome de hipertensión arterial, la anemia durante el embarazo, la macrosomía fetal, el parto prolongado, el alumbramiento incompleto y otros.

Por otro lado el puerperio es la etapa en la que se producen cambios que se producen en el organismo materno, desde que se produce la expulsión de la placenta, hasta el retorno a su estado pre grávido del tracto genital después de haber desarrollado un embarazo; sin embargo en ocasiones no se produce la regresión fisiológica normal de la recién parida al estado pre grávido, por la interferencia de estas condiciones o factores de riesgo provocando el puerperio patológico. Estas condiciones o factores pueden haber estado presentes antes del parto, durante o haberse instaurado en el propio puerperio, condicionando la morbilidad o mortalidad materna.

El riesgo de muerte materna durante el parto y puerperio constituye una de las mayores desigualdades de la salud mundial. Las mujeres en los países en desarrollo tiene 40 veces probabilidades que las mujeres en los países desarrollados a morir en el parto y puerperio: 1 de cada 61 mujeres en los países en desarrollo, frente a 1 en 2,800 mujeres en los países desarrollados.

Los factores de riesgo como condición inherente al estado socio económico dentro de un país, a medida que aumenta la pobreza también lo hacen los factores de riesgo y la proporción de mujeres mueren por causas maternas, siendo las más destacadas las hemorragias graves y las infecciones (1) (2)

Según la (OMS) Cada día mueren aproximadamente casi 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. Un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo. La mortalidad materna es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres. La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas (3)

De acuerdo a las evidencias científicas mostradas y las recomendaciones de la (OMS) que consiste en resolver las desigualdades en la calidad de los servicios de atención de la salud reproductiva; lograr una cobertura sanitaria universal para una atención integral a la salud reproductiva y se puede reducir las estadísticas mostradas en el parto y puerperio; además si se realiza un manejo activo del tercer período del parto se fortalece las actividades de promoción y prevención del diagnóstico y tratamiento oportuno de los factores de riesgo en el parto y puerperio. El conocimiento de la existencia de los factores de riesgo es de gran ayuda a la hora de prevenir los eventos patológicos del puerperio(4)

La importancia de la presente investigación surge dentro del marco de la problemática que general, la identificación y control oportuno de los factores de riesgo de la puerpera y que el personal atienda adecuadamente la urgencia obstétrica en el puerperio, es por ello que con el presente trabajo de investigación se pretende conocer los factores de riesgo de la puerpera inmediata provenientes de parto eutócico en el Hospital Pichanaki, Junín 2017.

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1 Problema general**

¿Cuáles son los factores de riesgo de la puerpera inmediata, provenientes de parto eutósico del Hospital Pichanaki, Junín 2017?

## **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION**

### **1.3.1 Objetivo General**

Determinar los factores de riesgo de la puerpera inmediata, provenientes de parto eutósico del Hospital Pichanaki, Junín 2017.

### **1.3.2 Objetivos Especifico**

- Determinar los factores de riesgo preconceptionales de la puerpera inmediata, provenientes de parto eutósico del Hospital Pichanaki, Junín 2017.
- Determinar los factores de riesgo conceptionales la puerpera inmediata, provenientes de parto eutósico del Hospital Pichanaki, Junín 2017.
- Determinar los factores de riesgo intraparto de la puerpera inmediata, provenientes de parto eutósico del Hospital Pichanaki, Junín 2017.

## **1.4 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA**

Los factores de riesgo de la puerpera inmediata, son las características o circunstancias social, médica, obstétrica, o de otra índole que puede estar presente durante el embarazo parto y puerperio. El puerperio es el período comprendido desde que termina el alumbramiento hasta el retorno del organismo femenino a su estado normal pregravídico, siendo el puerperio inmediato comprende las primeras 24 h, es en este periodo que pueden surgir un conjunto de eventos clínicos o complicaciones como hemorragia, síndrome de Hipertensión arterial e infecciones. Estos eventos pueden presentarse en este periodo a razón de mayor factores de riesgo, como la multiparidad o gran multiparidad, edades materna extremas, bajo nivel escolar, insuficiente control pre natal, síndrome de hipertensión arterial, anemia durante el embarazo, parto prolongado, el alumbramiento incompleto y otros, entonces mayor es la exposición a presentar complicaciones durante el puerperio incrementando la

morbilidad y mortalidad materna, situación que la presente investigación pretende estudiar. Los resultados de la investigación servirán para tomar acciones dirigidas a la promoción y prevención de los factores de riesgo de la puerpera, a través de un diagnóstico temprano y una atención oportuna y adecuada.

### **1.5 FACTIBILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN**

El trabajo de investigación de tipo descriptivo, retrospectivo de corte transversal busca determinar los factores de riesgo del puerperio inmediato proveniente de parto eutósico. Para la recolección de la información se ha utilizado la técnica de análisis documental y la ficha de recolección de datos. Para ello se contó con la autorización del director del Hospital y apoyo de los directivos de la institución. Los datos fueron recogidos por un personal capacitado, para evitar sesgo en la investigación. Por otro lado se cuenta con suficiente información ya que se cuenta con Internet y textos suficientes. En cuanto al recurso humano se cuenta con la voluntad de la investigadora y apoyo de la asesora.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION**

Herrera (5) en su tesis “Complicaciones puerperales inmediatas de parto eutócico en pacientes adolescentes atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital Provincial Isidro Ayora de Loja” Universidad Nacional de Loja, Ecuador 2014”. Objetivo: Determinar las complicaciones puerperales inmediatas de parto eutócico en pacientes adolescentes el Hospital Provincial Isidro Ayora de Loja. Metodología: No experimental, descriptivo, retrospectivo, transversal conformado por 168 pacientes de estas 65 cumplieron con los criterios de inclusión durante el periodo Enero a Julio del 2014. Resultado: De estas el 55,4% presentaron como principal complicación los desgarros perineales, seguido de alumbramiento incompleto 21,5%, atonía uterina 13,8%, hemorragia posparto 7,7% e hipotonía 1,5%. La incidencia de estas pacientes con complicaciones puerperales inmediatas fue de 38,7%. Las pacientes cursaban con una edad gestacional entre 38 a 39 semanas con 61,5%, 39 a 40 semanas 16,9%, 37 a 38 semanas 13,9% y mayor a 40 semanas 7,7%. En relación a la paridad el 86,2% fueron primípara y secundíparas 13,8%. El 87,7% se realizaron más de 5 controles durante el embarazo mientras que el 12,3% presentaron menos de 5 controles. En cuanto a los trastornos hipertensivos en el embarazo, el 4,6% presentaron como antecedente preeclampsia leve y el 3,1% hipertensión gestacional. El 55,3% no tuvieron anemia previa al parto, en tanto que resto de pacientes lo presentaron; el 33,9% en forma leve y el 10,8% en forma moderada.

Ávila (6) "Factores de riesgo del recién nacido macrosómico 2013", *Pediatría de México*. Objetivo: Analizar los factores mórbidos relacionados con la macrosomía" Metodología. Estudio cualitativo. Resultados: Se comparan 100 neonatos macrosómicos con un mismo número de recién nacidos que presentan un peso adecuado al nacer, buscando factores maternos y morbilidad asociados a la macrosomía. Los factores maternos como mayor edad, ganancia ponderal gestacional > 11 kg, > 2 gestaciones, diabetes gestacional, hijos macrosómicos previos, > 40 semanas de gestación y nivel educativo medio-profesional se asociaron a macrosomía fetal. En los recién nacidos macrosómicos se asoció al sexo masculino, y las morbilidades fueron menor Apgar al minuto e hipoglucemia. Las lesiones durante el nacimiento fueron menores en el grupo de los macrosómicos que en los de peso adecuado al nacer. Conclusión: Varios de los factores maternos mayormente descritos en la literatura y asociados al desarrollo de macrosomía estuvieron presentes en el estudio. En el neonato, la presencia de lesiones fue menor en nuestro estudio. Es necesaria la asesoría preconcepcional en las mujeres con riesgo alto de tener un producto macrosómico

García et al (7) "Resultados maternos-perinatales de pacientes con preeclampsia Cuba, 2012" objetivo: caracterizar el comportamiento de los resultados maternos-perinatales en pacientes con diagnóstico de preeclampsia. Métodos: se realizó un estudio observacional analítico de casos y controles en el período comprendido entre el 1ro. de enero del 2008 y el 31 de diciembre de 2009 en el Hospital Ginecobstétrico "Eusebio Hernández" de La Habana. Se consideraron como casos las pacientes con diagnóstico previo de preeclampsia (172) y como controles las que no tuvieran este diagnóstico (7 916). Resultados: la mayoría de las gestantes estuvieron incluidas en los rangos de edades comprendidos entre 20 y 34 años. Los factores de riesgo que con más frecuencia se observaron en las pacientes con preeclampsia fueron la nuliparidad (82,5 %) y la edad materna extrema (26,7 %). La cesárea se utilizó con mayor frecuencia entre las pacientes preeclámpticas (59,3 %), además presentaron 5,5 veces más

probabilidades de presentar parto pretérmino. Conclusiones: las pacientes con diagnóstico de preeclampsia en las que se utilizó el sulfato de magnesio presentaron una probabilidad casi 21 veces menor de desarrollar una eclampsia. Las complicaciones materno-perinatales más frecuentes fueron la preeclampsia grave, el hematoma retroplacentario, peso inferior a los 1500 g y la enfermedad por membrana hialina en el recién nacido.

Pazan (8) "Factores de Riesgo de Patologías Puerperales, Hospital Jose Maria Valesco Ibarra. Ecuador 2010", Objetivo: Determinar los factores de riesgo de patologías puerperales en el Hospital Jose Maria Velasco Ibarra de la ciudad de Tena. Metodología: tipo descriptivo, transversal, se dio seguimiento a 66 historias clínicas de las cuales se recolectaron. Edad, procedencia domiciliaria, instrucción, paridad, estado civil, antecedentes patológicos personales, familiares y el tipo de patología puerperal; los datos fueron tabulados en el programa Microsoft Excel 2007. Resultados: se atendieron a 1372 mujeres en puerperio de las cuales el 5% presentaron alguna forma de patología puerperal; el 76% fue parto normal y 24% cesarea; el 32% corresponde a nueve controles prenatales y el 39% a ningún control; el rango de edad más frecuente es de 20 a 29 años con el 42%, menores de 19 años con el 38%; El 70% del área rural; Instrucción primaria al 50%, 42% secundaria; complicaciones puerperales el 47% en mujeres multiparas, el 38% en primiparas; No existe relación con los antecedentes patológicos personales y familiares; Las patologías presentes son: alumbramiento incompleto 49%, herida infectada 26%, desgarro cervical 6%, hemorragia postparto y dehiscencia de episiorrafia 5%, endometritis e hipotonía uterina 3%, mastitis 2%.

Casavilca y Suárez( 9) "Factores de riesgo y anemia en el post parto en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el año 2016" Universidad Nacional del Centro del Perú 2017. Objetivo: Conocer los factores de riesgo maternos, del producto y obstétricos, asociados a la anemia en el post parto en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú durante el año 2016. Material y métodos: Estudio analítico

observacional de casos y controles sobre factores de riesgo asociados a anemia en el post parto en pacientes puérperas inmediatas en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el Año 2016. Resultados: Se estudió una muestra de 174 historias clínicas, de las cuales 58 eran los casos y 116 controles. Se encontró que existe relación estadísticamente significativa entre la presencia de anemia gestacional y anemia en el post parto con asociación estadísticamente significativa ( $p=0,015$ )  $OR=2,715$  (IC95% 1,2 -6,1). no habiendo relación estadísticamente significativa con el resto de variables estudiadas. Conclusiones: La anemia es un problema de salud pública, con una alta prevalencia en la población, y en mujeres puérperas. Los factores de riesgo asociados a la anemia en el post parto son: presencia de anemia durante la gestación, cesárea como tipo de parto y la primiparidad

Salviz (10) "Pre-eclampsia: Factores de riesgo. Estudio en el Hospital Nacional Cayetano Heredia 2012". Objetivo: El objetivo fue evaluar los factores de riesgo asociados a pre-eclampsia en nuestro hospital. Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo, de tipo caso-control concurrente en 88 pacientes con pre-eclampsia e igual número de controles. El trabajo se llevó a cabo en el Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia entre los meses de marzo a agosto de 1993. Resultados: Los factores asociados a pre-eclampsia fueron el antecedente previo a pre-eclampsia ( $OR:17$ ), el índice de masa corporal elevado ( $OR:9.6$ ), la raza predominantemente blanca ( $OR:6.4$ ), el antecedente familiar de hipertensión arterial ( $OR: 5.2$ ), la falta de control pre-natal y la nuliparidad ( $OR: 2.5$ ). La incidencia de pre-eclampsia fue 4.11%, y requirieron parto por cesárea el 69.3% de las pacientes. Presentaron complicaciones en el puerperio inmediato 28.4% de los casos, siendo más frecuentes las infecciones.

Altamirano (11) "Factores de alto riesgo asociados a hemorragia postparto inmediato en el Hospital María Auxiliadora de Lima, durante el 2012", con el Objetivo:Determinar los factores de alto riesgo asociadas a hemorragia postparto inmediato en el Hospital María Auxiliadora. Material y métodos: Se realizó un estudio analítico, retrospectivo, de corte transversal, de casos y

controles. La población estuvo constituida por todas las puérperas inmediatas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Se encontraron 65 casos que se estudiaron con 65 controles que fueron apareados por grupos de edad y referencia. Se realizó el análisis de regresión logística múltiple, Odds ratio (OR) con intervalo de confianza de 95%. Resultados: La frecuencia de HPP fue de 1.52%. Los principales factores de alto riesgo durante el embarazo para el grupo de casos se destacan en orden de frecuencia: primigesta 23.8%, infección de vías urinarias 11,9%, periodo intergenésico largo con 11.1%, talla baja 8.7%, añosa 7.4%, anemia 6.3%. Entre los principales factores de riesgo intraparto se encontraron de acuerdo al orden de frecuencia: episiotomía 40.3 %, ruptura prematura de membrana 14,7%, parto precipitado 12,8%, oxito-conducción 10%, parto prolongado 7,3%. Al aplicar la prueba Chi cuadrado para hallar diferencias significativas mediante el valor de  $p$  se encontraron 2 factores cuyos valores de  $p$  fueron estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ), el parto precipitado ( $p = 0.039$ ) y la episiotomía ( $p = 0.021$ ). Conclusiones: Los factores de riesgo intraparto identificados son la episiotomía y el parto precipitado. La episiotomía tuvo 2,298 veces más riesgo de hacer HPP en comparación a las que no presentaron el factor. El parto precipitado tuvo 2.706 veces más riesgo de sufrir HPP. Las principales causas de hemorragia postparto la constituyen desgarro del canal del parto, atonía uterina, retención de restos placentario. La frecuencia de Hemorragia Postparto en el Hospital María Auxiliadora fue de 1.52%.

Acusi (12) "Factores de Riesgo para Hemorragia Postparto en las Puérperas de Parto Vaginal, atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2012", Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann" Obejtivo: identificar los factores que incrementan significativamente el riesgo de hemorragia post parto en las puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2006-2010. Metodología: Es un estudio retrospectivo, transversal de casos y controles. Se tomo la totalidad de la población con HPP para el grupo de casos y para el grupo de controles la muestra está conformada por 135 puérperas de parto vaginal atendidas en el

Hospital Hipólito Unanue de Tacna. La información se obtuvo mediante la revisión de las historias clínicas de las pacientes Resultados: La hemorragia post parto en puérperas de parto vaginal representó el 0,55% del total (5,5 por cada 1000 partos vaginales). Las características gineco-obstétricas más frecuentes en las puérperas con hemorragia posparto son: edad entre 15 y 24 años (43,8%), primíparas (42,2%), sometidas a episiotomía (53, 1%). Conclusiones: Los factores que aumentan significativamente el riesgo de hemorragia post parto son: edad materna >35 años (OR=2,2), multiparidad (OR=3,4), inducción del trabajo de parto (OR=14,0), parto prolongado (OR=12,3), placenta retenida y/o Retención de Restos placentarios (OR=56,6), atonía uterina (OR=11 ,36), desgarro perineal de 1° grado (OR=28,9), desgarro perineal de 2° grado (OR=11 ,4), sin episiotomía (OR=3,2), macrosomía fetal (OR=2,9) y recién nacido grande para edad gestacional (OR=2,9).

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. RIESGO OBSTETRICO**

Un factor de riesgo se define como aquél que directa o indirectamente contribuye a que se modifique el desarrollo normal del feto, el estado materno o ambos. La identificación temprana de los factores de riesgo, seguida de una atención adecuada, pueden prevenir o modificar los resultados perinatales desfavorables. Los factores de riesgo son innumerables y su importancia puede ser mayor o menor, más cuando en una gestante pueden concurrir varios factores, con mayor efecto sobre el producto.

La valoración del riesgo es un proceso dinámico, ya que se puede incrementar, disminuir o mantener sin variaciones, de ahí la necesidad de la evaluación continua de toda gestante(13)

Se define como un embarazo de riesgo aquél que presenta un riesgo estadísticamente elevado de accidente perinatal, por sus condiciones generales, antecedentes o anomalías que aparecen durante el embarazo. El enfoque de riesgo encierra el supuesto de que según se

avance en el conocimiento sobre los factores de riesgo que permitan acciones preventivas eficaces, los daños a la salud ocurrirán en menor número y consecuencia.

La importancia y el valor del factor de riesgo para la medicina preventiva dependen del grado de asociación con el daño a la salud, de la frecuencia del factor de riesgo en la comunidad y de la posibilidad de prevenirlo. El grado de asociación se determina mediante el llamado riesgo relativo, que expresa el número de veces en que el daño aparece en las personas que presentan el factor, cuando se compara con su aparición en las personas que no presentan el factor de riesgo; representa el riesgo individual (13)

#### **2.2.2. FACTORES DE RIESGO PRE CONCEPCIONAL DE LA PUÉRPERA**

##### **Concepto:**

Se conoce como riesgo preconcepcional a la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño (ella o su producto) durante el proceso de la reproducción. Esto está condicionado por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio, durante el embarazo, parto o puerperio. Por lo antes expuesto, el riesgo puede ser de carácter biológico, psicológico y social, y no es valorado por igual en cada caso; es decir, que la misma condición de riesgo no repercute de forma igual en cada mujer o pareja, por lo que debemos hacer un enfoque y análisis individualizado en cada caso.

##### **Antecedentes y condiciones generales:**

##### **Edad (Menos de 18 y más de 35 Años)**

En las mujeres muy jóvenes es más frecuente que el embarazo termine antes de tiempo (aborto, parto inmaduro o prematuro), así como que ocurran malformaciones congénitas y complicaciones como: inserción baja placentaria, toxemia, distocia del parto, muerte fetal, etc. En las

mujeres mayores de 35 años también son frecuentes las complicaciones antes señaladas, sobre todo si se añaden otros factores de riesgo como la multiparidad, hábito de fumar y enfermedades crónicas.

### **Peso (Malnutridas)**

Las malnutridas por defecto deberían aumentar de peso antes de la concepción, ya que con frecuencia se le asocian partos pretérminos y toxemia.

En el caso de las obesas, las complicaciones principales van a estar asociadas con la toxemia y la hipertensión arterial, pero también pueden verse la prematuridad y el bajo peso.

### **Condiciones sociales desfavorables o conductas personales Inadecuadas**

Éstas también constituyen un factor de riesgo para el embarazo y el producto, entre ellas se encuentran: alcoholismo, promiscuidad, pareja inestable, madre soltera, hacinamiento, intento suicida, no solvencia económica, maltrato, etc.

### **Antecedentes Obstétricos y Reproductivos**

**Paridad:** es más riesgosa la primera gestación (sobre todo si concomitan otros factores), así como cuando ha habido más de 3 partos.

**Intervalo intergenésico:** lo consideramos corto cuando es menor que 2 años. Esta condición se asocia, con más frecuencia, con nacimientos pretérminos y anemias durante el embarazo.

**Abortos espontáneos, malformaciones congénitas y muertes perinatales:** pudieran estar relacionados con factores orgánicos y genéticos que deben ser estudiados antes del embarazo.

**Recién nacidos de bajo peso y pretérminos:** pueden repetirse en próximas gestaciones alguna causa previa que lo favorezca: enfermedades crónicas, hábito de fumar, malformaciones uterinas, miomas, etc.

**Toxemia anterior:** puede repetirse debido al mal control de los hábitos higiénico-dietéticos, así como si han aparecido otros factores.

**Rh negativo sensibilizado:** constituye un importante riesgo aunque no es frecuente. También debe estudiarse cuando han existido múltiples gestaciones.

### **Antecedentes patológicos personales**

#### **Principales enfermedades crónicas**

Entre éstas se encuentran hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatías, nefropatías y hepatopatías, que son las más importantes por su repercusión sobre la vida del binomio, seguidas en frecuencia por el asma bronquial y las anemias. Es importante destacar que cuando se asocian los factores, el riesgo se incrementa. Una vez detectado el problema y su magnitud, debemos actuar para, en lo posible, erradicar, disminuir o controlar el riesgo, y, de esta manera, posibilitar el embarazo en el caso que se desee, o tomar una conducta sobre anticoncepción temporal o definitiva. En nuestro medio, en el nivel de la atención primaria de salud (APS) existe un Programa para el Control de Riesgo Preconcepcional, que se desarrolla en todos los consultorios médicos de familia y se centraliza al nivel del policlínico: tiene como objetivo fundamental incidir y modificar positivamente el riesgo existente antes de que la mujer se embarace, con el fin de lograr que la concepción ocurra en las mejores condiciones posibles.

### **2.2.3. FACTORES DE RIESGO CONCEPCIONALES DE LA PUÉRPERA**

#### **Control Pre Natal incompleto:**

Son todas las intervenciones preventivas que se realizan durante la atención prenatal. Lo realiza el Médico Gineco Obstetra, Médico

Cirujano y Obstetra; a partir de los establecimientos de salud del I nivel. Los profesionales responsables de la atención requieren de una actualización mínima de 75 horas al año.

Se considera 6 atenciones como mínimo. La primera consulta de atención prenatal deberá tener una duración no menor de 40 minutos, y las consultas de seguimiento deben durar no menos de 25 minutos.

1º Atención Prenatal: antes de las 14 semanas de gestación.

2º Atención Prenatal: entre las 14 a 21 semanas de gestación.

3º Atención Prenatal: entre las 22 a 24 semanas de gestación.

4º Atención Prenatal: entre las 25 a 32 semanas de gestación.

5º Atención Prenatal: entre las 33 a 36 semanas de gestación.

6º Atención Prenatal: entre las 37 a 40 semanas de gestación.

#### **Evaluación del estado nutricional mediante valoración antropométrica:**

La clasificación que se hace de acuerdo a las normas técnicas vigentes.

Para las gestantes se tiene 2 tipos de clasificaciones:

**Índice de masa corporal pre gestacional (IMC)** Solo debe de registrarse en la 1ra. Atención, según la presente clasificación.

<b>Índice de masa corporal IMC para la edad</b>	
Punto de corte de IMC	Clasificación
IMC >30	Obesidad
IMC <= 30 a > 25	Sobrepeso
IMC 18.5 - < 25	Normal
IMC < 18.5	Bajo Peso

**Ganancia de peso:** Se registra en todas las atenciones a partir de las 12 semanas de gestación, según la presente clasificación.

#### **Clasificación de la ganancia de peso durante el embarazo**

Descripción	Clasificación
Menor a lo Recomendado según Semana Gestacional	Baja
Dentro de lo recomendado según semana gestacional	Adecuada
Mayor a lo recomendado según semana gestacional	Alta

### **Síndrome hipertensivo gestacional**

Es el aumento en la tensión arterial en una mujer embarazada que cursa con más de 20 semanas de gestación, acompañada de proteinuria y puede durar hasta la finalización del puerperio y en algunos casos convulsión.

La etiología se desconoce, se aducen factores múltiples que se asocian con la preeclampsia y eclampsia, por alteraciones renales, isquemia útero placentaria, factores inmunológicos como: incompatibilidad sanguínea, reacción inmunológica a los antígenos de histocompatibilidad aportadas por la unidad feto placentaria, similitud notable entre varios antígenos de origen placentario con antígenos renales capaces de inducir alteraciones glomerulares, anomalías de la placentación, deficiencias de prostaciclina, síntesis aumentada de endotelina, activación del sistema hemostático, vaso espasmo.

### **Hipertensión Crónica**

Es la elevación de la presión arterial antes de las 20 semanas de gestación o antes de estar embarazada y que persiste luego de las 12 semanas post-parto. En el caso de presión arterial crónica se obtiene la presión diastólica de 140/90 mm/hg o más en dos lecturas consecutivas tomadas con un intervalo de cuatro a más horas con proteinuria en tirilla reactiva NEGATIVA.

### **Hipertensión crónica con Preeclampsia sobre agregada**

Es la aparición de presión arterial mayor a 140/90mm/hg. Antes de las 20 semanas de gestación o previo al embarazo con proteinuria en tirilla reactiva +/++/+++ pasadas las 20 semanas de gestación.

### **Hipertensión inducida por el embarazo**

Se presenta después de las 20 semanas de embarazo o durante el trabajo de parto en las o a las 48 horas que siguen al parto. La presión arterial es mayor o igual a 140/90 mm /hg (presión arterial diastólica de 90mm /hg). No hay proteinuria.

### **Preeclampsia**

Se presenta después de las 20 semanas de gestación en mujeres previamente normotensa con tensión arterial mayor o igual a 140/90 mm /hg en posición sentada, luego en reposo 18 por 10 minutos en dos oportunidades con intervalos de 4 horas y proteinuria en 24 horas mayor o igual a 300 mg/ tirilla reactiva positiva ++. Que puede ser leve o grave.

### **Eclampsia**

Se presenta en pacientes después de las 20 semanas de gestación, con tensión arterial mayor o igual a 140/90 mm/hg y con proteinuria en tirilla reactiva +/++/+++ en 24 horas menor a 300mg. Acompañada de convulsiones tónicas-clónicas o el coma.

### **Anemia durante el embarazo**

En ocasiones se puede presentar una anemia aguda como consecuencia de las hemorragias. En estos casos el grado de contracción del útero, las características del sangrado (cantidad, color, presencia de coágulos) y la aparición de hematomas en las regiones donde se empleó la sutura pueden ayudar a un diagnóstico rápido. Si además, se comprueba que la tensión arterial es anormalmente baja, el pulso se acelera y el volumen de orina es escaso es aún más probable que exista una anemia aguda (14)

Cuando a todo lo anterior se suma la presencia de debilidad extrema y mareos, son elementos que pueden indicar la existencia de anemia aguda, que sería la consecuencia de la hemorragia y puede estar relacionada con el estado previo de la paciente de cifras bajas de hemoglobina y hematocrito (volumen globular) al final del embarazo. Se deben realizar estudios hematológicos para precisar las cifras de hemoglobina y hematocrito. (14)

Ganancia de peso inadecuada en la gestante (considerar el estado nutricional inicial, estimado a partir del IMC pre gestacional)(15)

<b>Estado nutricional antropométrico pre gestacional</b>	<b>Ganancia de peso</b>
Bajo peso, normal o sobrepeso	Ganancia > 3 kg/ mes
Normal	Ganancia <1kg/mes (2do y 3er trimestre)
Normal	Ganancia < 4.5kg/mes (mitad del embarazo)
Obeso	Ganancia < 0.5 kg/mes

“El dosaje de hemoglobina debe ser solicitado de manera obligatoria en el primer trimestre de gestación a toda gestante en la primera atención prenatal con el objetivo de seleccionar la dosis de hierro elemental a utilizar”

#### **En el caso de Gestantes sin Anemia (Hb ≥ 11g/dl)**

Se realiza los dosajes de hemoglobina en las semanas que se indican en la tabla adjunta: En el caso de Gestante con Anemia (Hb < 11.0 g/dl)

#### **Dosajes de Hemoglobina en Gestantes sin Anemia por Deficiencia de Hierro**

Numero de dosaje	Edad Gestacional
1°	Durante el primer control prenatal
2°	Entre la semana 25 y 28 de gestación
3°	Entre la semana 37 y 40 (antes del parto)
4°	A los 30 días post parto (término de la suplementación)

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2007 RM N° 069-2016/MINSA

### En el caso de Gestante con Anemia (Hb < 11.0 g/dl)

Se realizaran dosajes de hemoglobina de manera continua con el objeto de evaluar oportunamente el cumplimiento, la administración correcta y la respuesta al tratamiento con hierro elemental. La cantidad de dosajes de hemoglobina dependerá del grado de severidad de la anemia, tal como se detalla a continuación:

N° de Dosaje	Edad Gestacional
Anemia Leve Hb: 10.0 – 10.9 mg	Cada 4 semanas hasta que la Hb alcance valores de 11mg/dl a más (valores ajustados a los 1000 msnm).
Anemia Moderada Hb: 7.0 – 9.9 mg	1. El primer dosaje a las 2 semanas de iniciado el tratamiento.  2. Luego cada 4 semanas hasta que la Hb alcance valores de 11mg/dl a más (valores ajustados a los 1000 msnm).

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2007. RM N° 069-2016/MINSA

**Cesárea previa:** como toda intervención sobre el útero debe considerarse hasta los 2 años, ya que es un factor que no podemos modificar.

## 2.2.4. FACTORES DE RIESGO INTRAPARTO

### Macrosomía fetal

El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia define a la macrosomía como peso al nacimiento igual o superior a 4,500 g; otros autores emplean el percentil 90 del peso fetal para la edad gestacional para considerar macrosomía y también al producto con peso neonatal mayor a 4 kg, que se asocia a un mayor riesgo relativo de morbilidad materna y neonatal.

La macrosomía se asocia a una mayor morbilidad, mortalidad infantil y materna, influyendo notablemente la cesárea con una relación 2:1 de los partos eutócicos. Otras causas no menos frecuentes son la distocia de hombros, cefalohematoma, fractura de clavícula, hipoxia y alteraciones metabólicas. La macrosomía adquiere relevancia al estar asociada a enfermedades maternas como diabetes tipo II e hipertensión arterial, edad materna superior a los 35 años, obesidad previa al embarazo, así como ganancia excesiva durante el embarazo, antecedente de multiparidad y la postmadurez (16)

### **RPM < 6 HORAS**

Se entiende por rotura prematura de membranas (RPM) a la solución de continuidad en el amnios y/o corion, producida hasta una hora antes del inicio del trabajo de parto.

La prevalencia de RPM es del 8% de todos los embarazos. Se produce en el 3% de los embarazos pre término ocasionando entre el 30 y 60% de los nacimientos prematuros. En un 0,6-0,7% de los embarazos la RPM ocurre antes de las 26 semanas. El 10% de las muertes perinatales se relaciona con rotura de membranas. Las mujeres que han tenido RPM pre término tienen un 13,5% de riesgo de repetirlo comparado con 4,1% de la población sin ese antecedente. En embarazos menores a 26 semanas con RPM se debe informar a la paciente que: La RPM antes de las 23 semanas se asocia con mayor frecuencia a: parálisis cerebral, enfermedad pulmonar crónica, hidrocefalia y retar-do mental (17)

### **Complicaciones adicionales de RPM Prolongado**

### **Asfisia perinatal por:**

Compresión del cordón secundaria al oligoamnios.- Desprendimiento prematuro de placenta, Distocias de presentación e Infección materna.

**Hipoplasia pulmonar:** Es una complicación propia de aquellos embarazos en que la RPM se produce antes de las 25 semanas de gestación y que cursan con oligoamnios severo de larga evolución. Es una complicación grave que se asocia a una mortalidad perinatal de hasta 80%.

**Deformidades ortopédicas:** Constituyen parte de las anomalías propias de las secuencias de oligoamnios; estas anomalías incluyen hipoplasia pulmonar, facies típica y posiciones aberrantes de manos y Pies (17)

### **Parto prolongado**

El trabajo de parto prolongado es una dilatación cervical o un descenso fetal anormalmente lentos durante el trabajo de parto. El diagnóstico es clínico. El tratamiento se realiza con oxitocina, parto vaginal operatorio o cesárea. Una vez que el cuello se dilata  $\geq 4$  cm, en general se produce un trabajo de parto activo. Normalmente, la dilatación cervical y el descenso de la cabeza en la pelvis se producen a una velocidad de al menos 1 cm/h y con mayor rapidez en las mujeres multíparas. El trabajo de parto prolongado puede producirse por una desproporción feto pelviano, que puede producirse por una pelvis materna anormalmente pequeña o por un feto anormalmente grande o mal posicionado o distocia fetal.

### **Alumbramiento incompleto**

La retención de tejidos placentarios y de membranas ovulares, después de la retención de la placenta es la causa del 5 al 10 % de las hemorragias post – parto se manifiesta por una hemorragia no muy abundante pero persistente, que procede de la cavidad uterina con útero contraído o no responde a la administración de oxitócicos.(18)

## Clasificación

Alumbramiento incompleto Totales: *Distocia dinámica*. Inercia, anillos de contracción *Distocias anatómicas*: Adherencias anormales de placenta

Alumbramiento incompleto Parciales: Restos de placenta, Restos de membranas (18)

### 2.2.5. PUERPERIO

Puerperio normal es un periodo de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hace regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas y que se desarrolla por un proceso de involución de las mismas hasta casi regresarlas a su estado inicial. Sólo la glándula mamaria es la excepción pues en esta etapa es que alcanza su máximo desarrollo y actividad. Atendiendo al tipo de evolución que puede tener el puerperio, debemos clasificarlo en: **Puerperio Fisiológico**: Cuando no se encuentran signos de peligro y su evolución es normal.

**Puerperio Patológico**: Cuando la evolución se aleja de los parámetros normales, relaciona con alguna patología como una infección o una hemorragia con la consecuente anemia, pero cualquier enfermedad aguda o crónica, infecciosa o degenerativa pueden provocar una evolución patológica del puerperio. Entre sus principales síntomas se encuentran el sangrado anormal, fetidez, fiebre o dolor en bajo vientre(19)

### 2.2.6. CLASIFICACIÓN DEL PUERPERIO

La duración del puerperio se ha fijado en los 60 días posteriores al parto. Según el tiempo transcurrido después del parto se clasifica en:

**Puerperio inmediato** (primeras 24 horas)

**Pueperio propiamente dicho** (2do al 10mo día)

**Puerperio Alejado** (11avo al 45avo día y que finaliza muchas veces con el retorno de la menstruación)

**Puerperio Tardío** (45avo al 60avo día).

Minsa considera como puerperio las pacientes que acuden para control en los primeros 42 días después del parto; donde puerperio Inmediato son primeras 24 horas; puerperio mediato del 2do al 7 día y tardío al periodo que sigue del 8 día, hasta el 42 día después del alumbramiento(19)

### **2.2.7. PUERPERIO INMEDIATO**

Es el período de las primeras 24 horas después del alumbramiento

**Síntomas:** Sensación de alivio y bienestar, dolor en la cara anterior e interna de los muslos por la fatiga muscular, sensación de quemadura a nivel de la vulva aunque no exista ninguna lesión.

El escalofrío es un aspecto que puede producirse, la puérpera es atacada por un temblor generalizado, casi siempre es benigno. **Signos:** Su rostro se encuentra tranquilo, respira tranquilamente, el pulso es lleno-regular-amplio (60-70 por minuto), la presión arterial es normal y a veces algo baja, Hay pérdida sanguínea con coágulos entre 100 y 400 ml.

El globo de seguridad de Pinard es un índice de buena hemostasia y se produce después de la completa evacuación de la placenta, luego la matriz reduce su actividad disminuyendo primero la frecuencia de las contracciones y más tarde la intensidad de las mismas, a las 12 horas post parto la frecuencia llega a valores de una contracción cada 10 minutos. También hay que valorar su estado de conciencia, mamas, miembros inferiores y diuresis(19)

### **2.2.8. PUERPERIO PROPIAMENTE DICHO (Del 2 a los 10 días)**

Corresponde al periodo de máxima involución de los órganos genitales, de mayor derrame de loquios y de instalación de la secreción láctea.

**Síntomas:** Hay ligero malestar y sed, puede existir paresia fisiológica y temporal de evacuación intestinal y retención de orina en los 3 primeros días y poliuria posterior, desaparecen a los pocos días. Otras molestias son el dolor de la episiórrafia y la presencia de hemorroides.(19)

**Signos:** En el examen físico general se puede observar que la púérpera tiene un aspecto tranquilo y su estado general es normal.

El pulso y la presión arterial son normales. Disminuyen las pigmentaciones de la piel, cara, mamas son turgentes-duras con red venosa visible, las estrías de abdomen pierden su color rojizo y se vuelven nacaradas. La glándula mamaria incrementa su volumen y produce el calostro, la secreción láctea se produce alrededor del 3ro o 4to día. Existe una asociación positiva entre el periodo de la lactancia y la amenorrea corta o larga de acuerdo con la duración de la alimentación al pecho. El útero tiene una ubicación abdominal, alrededor del 6to día está a la mitad de la distancia entre el ombligo y el borde superior del pubis, no es doloroso a la palpación.

El cuello uterino recupera su consistencia y es casi normal al 3er día, el orificio interno se cierra alrededor del 12avo día y los genitales externos vuelven a su aspecto normal. La involución uterina se extiende hasta la aparición de la primera menstruación. Los entuertos son contracciones uterinas dolorosas en el puerperio (19)

### **2.2.9. PUERPERIO ALEJADO (11 a 45 días)**

La involución genital alcanza el estado pregravídico. Si no se ha puesto en práctica la lactancia sobreviene la primera menstruación. El útero desaparece a la palpación abdominal y se encuentra pélvico(19)

#### **2.2.10. PUERPERIO TARDÍO (45 a 60 días)**

Retorna la menstruación pero este signo es impreciso debido a la práctica de la lactancia materna(19)

#### **2.2.11. ATENCIÓN DEL PUERPERIO INMEDIATO (Primeras 24 horas)**

Este periodo es sumamente importante realizar vigilancia estricta de las contracciones uterinas, el sangrado y los signos vitales en las primeras dos horas posteriores al parto en la sala de partos con el propósito de prevenir la hemorragia por desgarros no diagnosticados, hematomas y atonía o inercia uterina en el post parto, se considera de vital importancia para la identificación temprana de signos de peligro en esta etapa.

Formación y persistencia del globo de seguridad de Pinard: Palpación del útero a nivel o un poco por debajo del ombligo, con límites bien definidos, consistencia firme y elástica, que cambia a leñosa cuando vienen las contracciones.(20)

#### **2.2.12. CAMBIOS FISIOLÓGICOS DURANTE EL PUERPERIO**

##### **a. CAMBIOS EN EL PUERPERIO**

##### **Involución uterina**

Inmediatamente después del alumbramiento, el útero llega a la mitad de la distancia entre el ombligo y la sínfisis del pubis, pero en las horas siguientes, asciende y alcanza el nivel del ombligo (aprox. como una gestación de 20 semanas.) Pesa 1 kg.

Al final de la primera semana del puerperio, el útero tiene el tamaño de una gestación de 12 semanas. Su fondo se palpa inmediatamente por encima del pubis y pesa alrededor de 500g.

Al final de la segunda semana, es un órgano intrapélvico. Peso alrededor de 350g. Al final de la sexta semana, su tamaño es casi igual que el del útero no gestante, siendo su peso de unos 100g.

##### **Regeneración del endometrio**

Entre el 2º y 3º día postparto, la decidua se divide en dos capas.

Superficial. Esta capa se necrosa y descama de forma progresiva, formando parte de los loquios.

Profunda. Su proliferación dará lugar al nuevo endometrio.

La regeneración del endometrio es rápida (alrededor de la tercera semana postparto), excepto en el lugar de implantación placentaria. La regeneración e involución de este lugar tiene lugar entre la 8ª y 12ª sem.

### **Loquios**

Se trata de secreción postparto formada por decidua necrótica, sangre, restos de tejido de granulación y exudado de la superficie de la cavidad uterina. Existen distintos tipos de loquios: Loquios rojos: duran de 2 a 3 días. Loquios rosados o serosos: aparecen después de 3 ó 4 días. Loquios blancos: a partir del 10º día, por el aumento de leucocitos. Alrededor de la 5ª semana postparto, cesa la expulsión de loquios

### **b. VAGINA**

La vagina recupera su forma y tamaño inicial en tres semanas. El himen rasgado cicatrizará formando nódulos fibrosos de mucosa, pequeños apéndices (carúnculas mirtiformes).

### **c. SISTEMA URINARIO**

En el postparto inmediato, el tono de la vejiga está disminuido, pudiendo existir una menor sensibilidad ante una mayor presión, mayor capacidad vesical, sobredistensión de la vejiga con incontinencia por rebosamiento y vaciamiento incompleto de la misma. Los uréteres y pelvis renales están dilatados e hipotónicos, normalizándose en el plazo de 3-6 semanas (excepcionalmente 8-12 sem). La tasa de filtración glomerular persiste alta durante la 1ª semana. Durante los primeros 4-5 días tras el parto se produce un

incremento de la diuresis de hasta 3 litros al día. La glucosuria fisiológica del embarazo, permanece durante la primera semana postparto en el 20% de los casos. Casi el 50% de las mujeres, tendrán proteinuria residual durante 1 ó 2 días tras el parto.

#### **d. PÉRDIDA DE PESO**

Tras el parto, se produce una pérdida media de 5kg, y unos 4kg durante el puerperio. Tras 6 meses después del parto, la mujer aproxima su peso al que tenía antes de comenzar el embarazo. Aquellas mujeres que incrementan su peso en más de 9 kg durante el embarazo, presentarán un mayor diferencia entre su peso de antes y después de la gestación. En el puerperio se produce un aumento de la concentración de sodio como consecuencia de la disminución de progesterona que aumenta la liberación de aldosterona.

#### **e. CAMBIOS METABÓLICOS**

Los niveles séricos de colesterol y triglicéridos descienden en las primeras 24 horas del puerperio, alcanzando sus cifras pregestacionales en la 7ª u 8ª semana postparto. La glucemia basal y postprandial disminuye en el postparto, principalmente en los 3 primeros días del puerperio.

#### **f. CAMBIOS HEMATOLÓGICOS Y HEMODINÁMICOS**

Durante la gestación, se produce un aumento del volumen sanguíneo hasta alcanzar los 5-6 litros. Este volumen se normaliza alrededor de la 3ª semana postparto. La pérdida de sangre durante el parto, produce en el puerperio una reticulocitosis que es máxima en el 4º día postparto. El estrés del parto produce una leucocitosis importante en el puerperio, que sumada a la leucocitosis relativa del embarazo, hace que cifras de hasta 25.000 leucocitos por ml sea considerada normal. Los niveles de hierro sérico descienden en el puerperio por la eritropoyesis. La bradicardia es frecuente en los

primeros días después del parto, además de un ligero aumento de la TA. El gasto cardíaco disminuye en un 30% en las dos semanas postparto y el volumen sistólico disminuye en un 20%.(21)

### **2.2.13. HEMORRAGIAS POST-PARTO**

Normalmente existe una pérdida sanguínea de 300 ml. Se considera hemorragia post- parto cuando esta pérdida sanguínea sobrepasa los 500 ml en las primeras 24 horas, o la presencia de signos y síntomas de inestabilidad hemodinámicas. Cuando esta pérdida sobrepasa los 1000 ml se considera severa y es la complicación puerperal más grave. Las principales causas de hemorragia post-parto son las Atonías Uterinas, la retención de la placenta, fragmentos placentarios, inversión uterina y los desgarros del canal del parto: cuello, vagina o periné.

### **2.3. FORMULACION DE HIPÓTESIS**

Por tratarse de una investigación de tipo y nivel descriptivo no corresponde formular hipótesis.

### **2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

#### **Puerperio:**

Puerperio normal es un periodo de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hace regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas y que se desarrolla por un proceso de involución de las mismas hasta casi regresarlas a su estado inicial. Sólo la glándula mamaria es la excepción pues en esta etapa es que alcanza su máximo desarrollo y actividad

#### **Riesgo obstétrico:**

Un factor de riesgo se define como aquél que directa o indirectamente contribuye a que se modifique el desarrollo normal del feto, el estado materno o ambos.

#### **Factores de riesgo preconcepcional:**

Se conoce como riesgo preconcepcional a la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño (ella o su producto) durante el proceso de la reproducción. Esto está condicionado por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio, durante el embarazo, parto o puerperio.

**Control pre natal:**

Son todas las intervenciones preventivas que se realizan durante la atención prenatal. Lo realiza el Médico Gineco Obstetra, Médico Cirujano y Obstetra; a partir de los establecimientos de salud del I nivel. Los profesionales responsables de la atención requieren de una actualización mínima de 75 horas al año. Se considera 6 atenciones como mínimo. La primera consulta de atención prenatal deberá tener una duración no menor de 40 minutos, y las consultas de seguimiento deben durar no menos de 25 minutos

**Síndrome hipertensivo gestacional:**

Es el aumento en la tensión arterial en una mujer embarazada que cursa con más de 20 semanas de gestación, acompañada de proteinuria y puede durar hasta la finalización del puerperio y en algunos casos convulsión.

**Cesárea previa:**

Como toda intervención sobre el útero debe considerarse hasta los 2 años, ya que es un factor que no podemos modificar.

**Puerperio inmediato:**

Es el período de las primeras 24 horas después del alumbramiento.

**Parto prolongado:**

El trabajo de parto prolongado es una dilatación cervical o un descenso fetal anormalmente lentos durante el trabajo de parto. El diagnóstico es clínico. El tratamiento se realiza con oxitocina, parto vaginal operatorio o cesárea.

**Hemorragia posparto:** hemorragia vaginal mayor de 500 ml. Después del parto vaginal o mayor a 1000cc después de la cesárea.

## 2.5. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

**Variable:**

Factores de riesgo de la puérpera inmediata, provenientes de parto eutócico.

**Definición conceptual:**

El factor de riesgo de la puérpera es la probabilidad que tiene una mujer después del parto de sufrir daño, condicionado por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en las 24 horas inmediatas al parto.

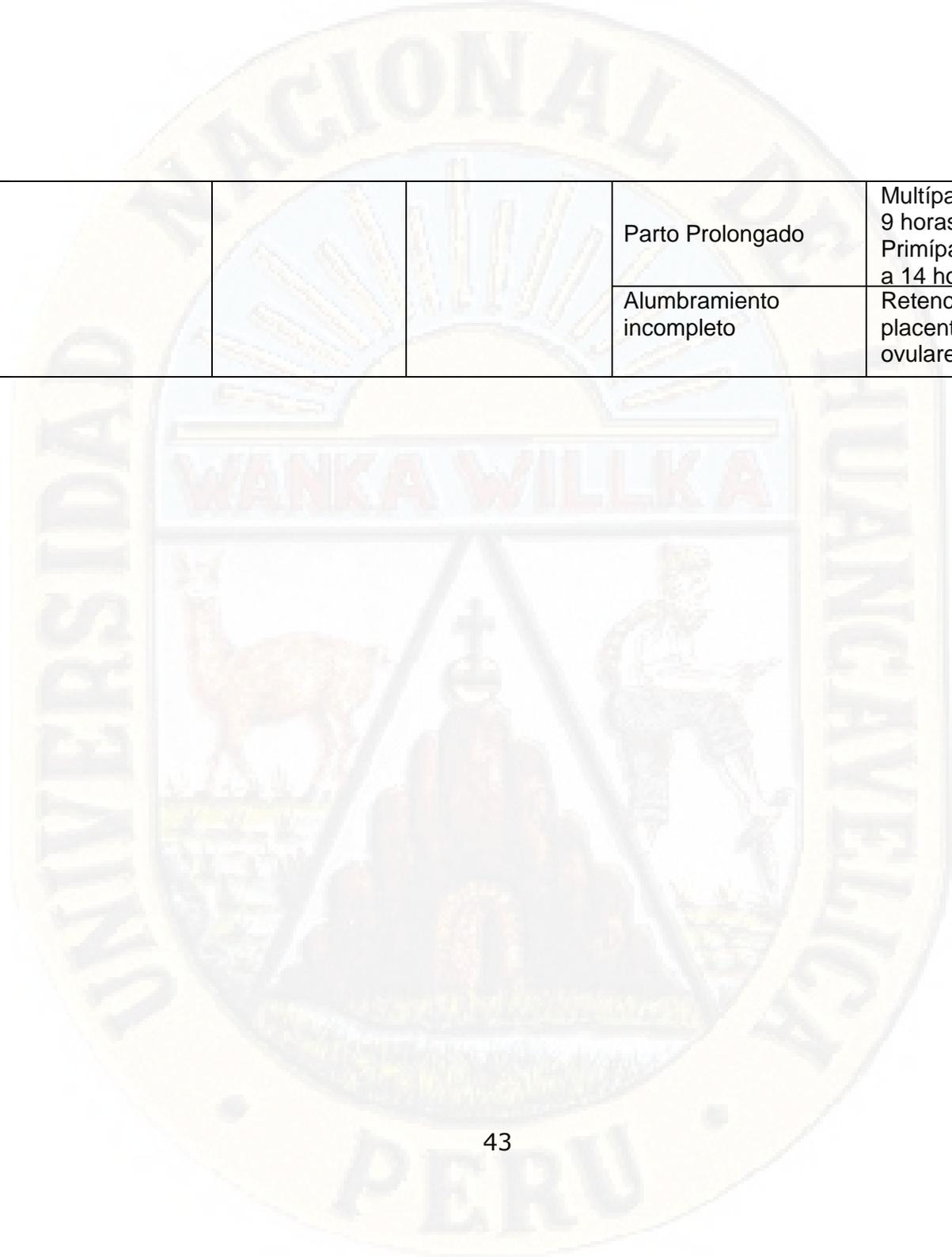
**Definición operacional:**

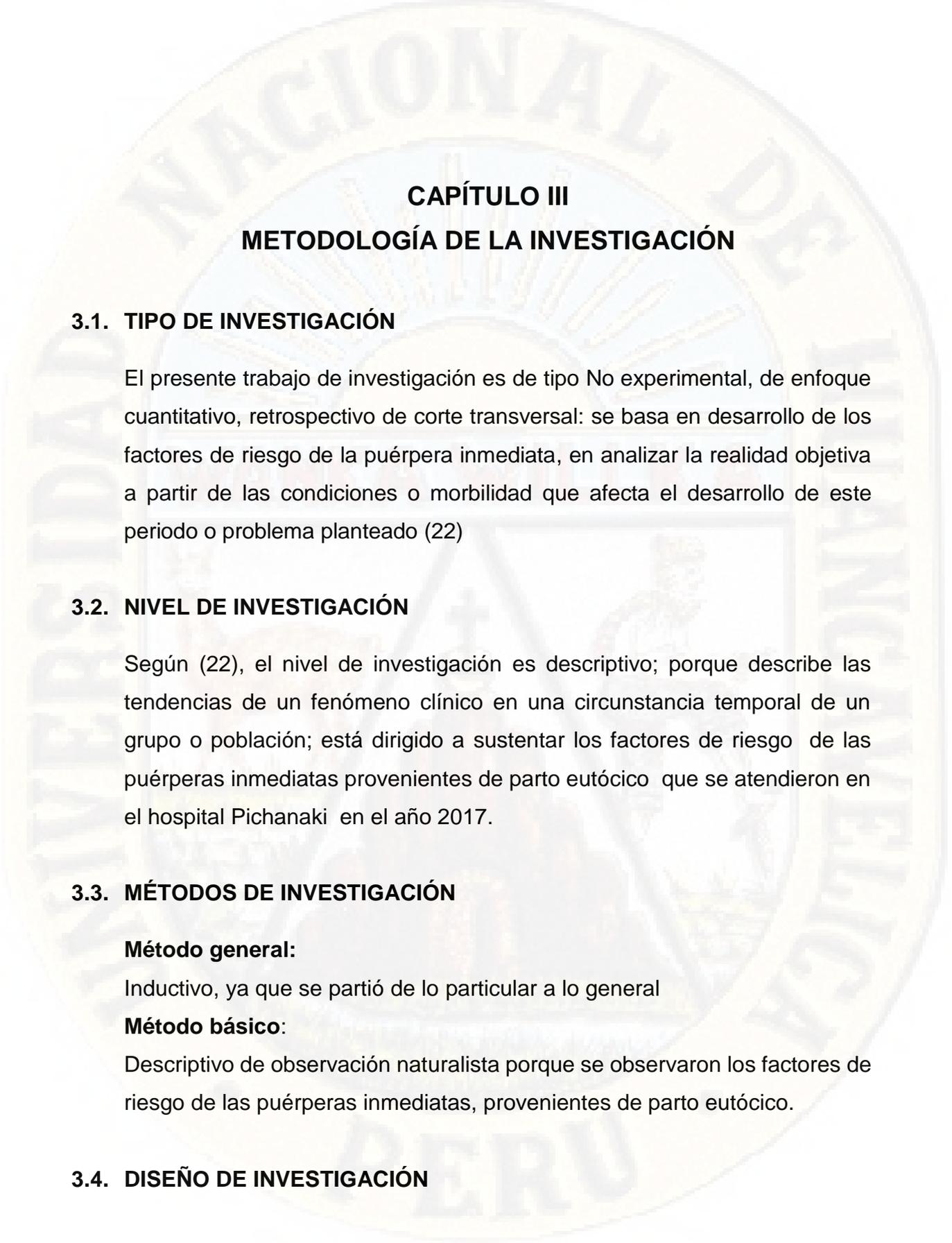
Es el resultado de la aplicación de la ficha de recolección de datos sobre los factores de riesgo de las puérperas inmediata con parto eutócico y se expresa en la presencia de factores de riesgo.

**2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	Escala de valor
<b>Univariable:</b> Factores de riesgo de púerperas inmediatas de parto eutócico.	El factor de riesgo de la púerpera es la probabilidad que tiene una mujer después del parto de sufrir daño, condicionado por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en las 24 horas inmediatas al parto.	Es el resultado de la aplicación de la ficha de recolección de datos sobre los factores de riesgo de las púerperas inmediata con parto eutócico y se expresa en la presencia de factores de riesgo.	Factores de riesgo pre concepcionales	Paridad	Primípara Multípara Gran Multípara	<b>Escala de medición:</b> Nominal.  <b>Índices:</b> Si No
				Edad Materna	.....Años	
				Baja Escolaridad	Primaria o Menor	
			Factores de riesgo concepcionales	Aborto Previo	Antecedente de aborto	
				CPN incompleto	< 6 controles	
				Obesidad por IMC	peso(kg)/talla(m2) = Igual o > a 25	
				Síndrome de Hipertensión Arterial	Preclampsia Eclampsia Síndrome de Hellp	
				Anemia durante el embarazo	Hb = <11 gr/dl	
				Cesárea Previa	Cesárea anterior	
			Factores de Riesgo Intraparto	Macrosomía Fetal	Peso > 4000 gr	
				RPM > 6 horas	RPM más de 6 horas	

				Parto Prolongado	Múltipara Mayor a 9 horas Primíparas Mayor a 14 horas	
				Alumbramiento incompleto	Retención de placenta y restos ovulares	





## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El presente trabajo de investigación es de tipo No experimental, de enfoque cuantitativo, retrospectivo de corte transversal: se basa en desarrollo de los factores de riesgo de la puérpera inmediata, en analizar la realidad objetiva a partir de las condiciones o morbilidad que afecta el desarrollo de este periodo o problema planteado (22)

#### **3.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

Según (22), el nivel de investigación es descriptivo; porque describe las tendencias de un fenómeno clínico en una circunstancia temporal de un grupo o población; está dirigido a sustentar los factores de riesgo de las puérperas inmediatas provenientes de parto eutócico que se atendieron en el hospital Pichanaki en el año 2017.

#### **3.3. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN**

**Método general:**

Inductivo, ya que se partió de lo particular a lo general

**Método básico:**

Descriptivo de observación naturalista porque se observaron los factores de riesgo de las puérperas inmediatas, provenientes de parto eutócico.

#### **3.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

La presente investigación utiliza el diseño descriptivo simple, observacional, retrospectivo, transversal, no-experimental con un solo grupo porque se recogerá datos e información para hacer una descripción, de esta manera podemos describir los factores de riesgo en el puerperio inmediato. (22)

**M O**

Dónde:

**M:** Puérperas inmediatas provenientes de parto eutócico del Hospital de Pichanaki, Junín 2017

**O<sub>1</sub>:** Factores de riesgo.

### **3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **3.5.1. Población**

La población del estudio estuvo constituida por todas las Historias Clínicas de todas las gestantes que acudieron al Hospital Pichanaki, Junín 2017 y que son un total de 385 Historias clínicas.

#### **3.5.2. Muestra**

La muestra fue No probabilístico, intencional ya que lo constituyeron todas las puérperas inmediatas provenientes de parto eutócico y que cumplieron con los criterios de selección y que fueron 47, puérperas inmediatas del Hospital Pichanaki, Junín 2017.

#### **3.5.3. Criterios de selección**

##### **3.5.3.1. Criterios de Inclusión**

Todas las Historias clínicas de puérperas inmediatas, procedentes de parto eutócico, atendidas en el Hospital de Pichanaki, Junín 2017.

##### **3.5.3.2. Criterios de exclusión**

Puérperas inmediatas post cesárea.

Puérperas inmediatas con factores de riesgo, como parto podálico, DPP, gestación múltiple, por tener indicación por protocolo, cesárea.

Historias clínicas judicializadas o incompletas

### **3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **3.6.1. Técnica:**

Para la variable la técnica es el análisis documental, puesto que la presente investigación se realizó una revisión de historias clínicas de las puerpras inmediatas provenientes de parto eutosico atendidas en el Hospital de Pichanaki, Junin 2017 y que cumplieron con los criterios de selección.

#### **3.6.2. Instrumento:**

El Instrumento utilizado para la recolección de datos fue la Ficha de recolección de datos.

### **3.7. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Se cuantificó el total de instrumentos correctamente llenados (Ficha de recolección de datos) se ordenó y elaboró una base de datos en el programa Excel-2016., se codificó y tabuló en una matriz de datos en el programa SPSS 22,0. Para el análisis de datos se emplearon técnicas cuantitativas, las que se detallan:

#### **a. Estadística Descriptiva:**

Se utilizó tablas de una y doble entrada con distribución de frecuencias absolutas y porcentuales.

#### **b. Programas Estadísticos:**

Se emplearon el programa SPSS versión 22,0., y el correspondiente proceso estadístico.

## CAPITULO IV

### RESULTADOS

#### 4.1. PRESENTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Los resultados del presente estudio se ha obtenido a travez del procedimiento estadístico y la estadística descriptiva y medidas de tendencia central, con la ayuda del SPSS V22. Los resultados exponen los factores de riesgo de la puerpera inmediata provenientes de parto eutosico del Hospital Pichanaki, 2017.

##### a. Factores de riesgo preconceptionales de la puerpera inmediata, provenientes de parto eutosico del Hospital Pichanaki, Junin 2017.

**Tabla 1. Paridad de la puérpera inmediata de parto eutócico atendida en el Hospital Pichanaki, Junín 2017.**

Paridad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Primípara	22	46.8	46.8
Múltipara	20	42.6	89.4
Gran Múltipara	5	10.6	100.0
Total	47	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características de riesgo de las puérperas inmediatas de parto eutócico atendidas en el Hospital Pichanaki, Junín 2017.

En la tabla 1. Del 100% (47) de las puérperas inmediatas de parto eutócico atendidas en el Hospital Pichanaki en Junín 2017. El 46.8% (22) fueron primíparas, el 42.6% (20) fueron múltiparas, el 10.6% (5) fueron gran múltiparas. El 89.4% (42) fueron primíparas o múltiparas.

**Tabla 2. Edad de las puérperas inmediatas de parto eutócico atendida en el Hospital Pichanaki, Junín 2017.**

Edad	
Total de puérperas inmediatas	47
Media	26.23
Mediana	20
Moda	19
Mínimo	18
Máximo	41
Percentiles 25	19
Percentiles 50	20
Percentiles 75	36

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características de riesgo de las puérperas inmediatas de parto eutócico atendidas en el Hospital Pichanaki, Junín 2017.

En la tabla 2. Del 100% (47) de las puérperas inmediatas de parto eutócico atendidas en el Hospital Pichanaki en Junín 2017, La edad promedio fue 26.23 años, la edad que más se repetía fue 19 años, la edad mínima fue de 18 años y la máxima fue de 41 años. El 25% tuvieron una edad menor a 19 años, el 50% tuvieron una edad mayor a 20 años y el 75% tuvieron una edad menor a 36 años.

**Tabla 3. Nivel de estudios de la puérpera inmediata de parto eutócico atendida en el Hospital Pichanaki, Junín 2017.**

Nivel de estudios	Frecuencia	Porcentaje
Educación primaria o menos	9	19.1
Educación secundaria o mas	28	80.9
Total	47	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características de riesgo de las puérperas inmediatas de parto eutócico atendidas en el Hospital Pichanaki, Junín 2017.

En la tabla 3. Del 100% (47) de las puérperas inmediatas de parto eutócico atendidas en el Hospital Pichanaki en Junín 2017, el 19.1% (9) tuvieron educación primaria o menos, el 80.9% (28) tuvieron educación secundaria o más.

**Tabla 4. Antecedente de aborto en la puérpera inmediata de parto eutócico atendida en el Hospital Pichanaki, Junín 2017.**

Antecedentes	Frecuencia	Porcentaje
Antecedente de aborto	17	36.2
Sin antecedente de aborto	30	63.8
Total	47	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características de riesgo de las puérperas inmediatas de parto eutócico atendidas en el Hospital Pichanaki, Junín 2017.

En la tabla 4. Del 100% (47) de las puérperas inmediatas de parto eutócico atendidas en el Hospital Pichanaki en Junín 2017, el 36.2% (17) tuvieron antecedente de aborto, el 63.8% (30) no tuvieron antecedentes de aborto.

**b. Factores de riesgo conceptionales de la puerpera inmediata, provenientes de parto eutósico del Hospital Pichanaki, Junín 2017.**

**Tabla 5. Atenciones prenatales en las puérperas inmediatas de parto eutósico atendidas en el Hospital Pichanaki, Junín 2017.**

Atenciones prenatales	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 6 atenciones prenatales	12	25.5
Seis a más atenciones prenatales	35	74.5
Total	47	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características de riesgo de las puérperas inmediatas de parto eutósico atendidas en el Hospital Pichanaki, Junín 2017.

En la tabla 5. Del 100% (47) de las puérperas inmediatas de parto eutósico atendidas en el Hospital Pichanaki en Junín 2017, el 25.5% (12) tuvieron menos de 6 atenciones prenatales y el 74.5% (35) tuvieron seis a más atenciones prenatales.

**Tabla 6. Índice de Masa Corporal en las púerperas inmediatas de parto eutócico atendida en el Hospital Pichanaki, Junín 2017.**

Índice de Masa Corporal	Frecuencia	Porcentaje
Índice de masa corporal fuera de lo normal	6	12.8
Índice de Masa corporal normal	41	87.2
Total	47	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características de riesgo de las púerperas inmediatas de parto eutócico atendidas en el Hospital Pichanaki, Junín 2017.

En la tabla 6. Del 100% (47) de las púerperas inmediatas de parto eutócico atendidas en el Hospital Pichanaki en Junín 2017, el 12.8% (6) tuvieron un índice de masa corporal fuera de lo normal y el 87.2% (41) tuvieron un índice de masa corporal normal.

**Tabla 7. Hipertensión arterial inducida por el embarazo en las puérperas inmediatas de parto eutócico atendida en el Hospital Pichanaki, Junín 2017.**

Hipertensión arterial	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión arterial inducida por el embarazo	7	14.9
Sin hipertensión arterial	40	85.1
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características de riesgo de las puérperas inmediatas de parto eutócico atendidas en el Hospital Pichanaki, Junín 2017.

En la tabla 7. Del 100% (47) de las puérperas inmediatas de parto eutócico atendidas en el Hospital Pichanaki en Junín 2017, el 14.9% (7) tuvieron hipertensión arterial inducida por el embarazo y el 85.1% (40) no tuvieron hipertensión arterial.

**Tabla 8. Anemia durante el embarazo en las puérperas inmediatas de parto eutócico atendida en el Hospital Pichanaki, Junín 2017.**

Diagnóstico de anemia	Frecuencia	Porcentaje
Anemia en el embarazo	26	55.3
Sin anemia en el embarazo	21	44.7
Total	47	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características de riesgo de las puérperas inmediatas de parto eutócico atendidas en el Hospital Pichanaki, Junín 2017.

En la tabla 8. Del 100% (47) de las puérperas inmediatas de parto eutócico atendidas en el Hospital Pichanaki en Junín 2017, el 55.3% (26) tuvieron anemia durante el embarazo y el 44.7% (21) no tuvieron anemia durante el embarazo.

**c. Factores de riesgo intraparto de la puerpera inmediata, provenientes de parto eutócico del Hospital Pichanaki, Junín 2017.**

**Tabla 9. Macrosomía fetal en las púerperas inmediatas de parto eutócico atendida en el Hospital Pichanaki, Junín 2017.**

Diagnóstico de Macrosomía fetal	Frecuencia	Porcentaje
Macrosomía fetal	6	12.8
Sin Macrosomía fetal	41	87.2
Total	47	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características de riesgo de las púerperas inmediatas de parto eutócico atendidas en el Hospital Pichanaki, Junín 2017.

En la tabla 10. Del 100% (47) de las púerperas inmediatas de parto eutócico atendidas en el Hospital Pichanaki en Junín 2017, el 12.8% (6) tuvieron Macrosomía fetal y el 87.2% (41) no tuvieron Macrosomía fetal.

**Tabla 10. Ruptura prematura de membranas mayor a 6 horas en las púerperas inmediatas de parto eutócico atendida en el Hospital Pichanaki, Junín 2017.**

Diagnóstico de RPM > 6 horas	Frecuencia	Porcentaje
Ruptura prematura de membranas mayor a 6 horas	9	19.1
Sin ruptura prematura de membranas mayor a 6 horas	38	80.9
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características de riesgo de las púerperas inmediatas de parto eutócico atendidas en el Hospital Pichanaki, Junín 2017.

En la tabla 11. Del 100% (47) de las púerperas inmediatas de parto eutócico atendidas en el Hospital Pichanaki en Junín 2017, el 19.1% (9) tuvieron ruptura prematura de membranas mayor a 6 horas y el 80.9% (38) no tuvieron ruptura prematura de membranas mayor a 6 horas.

**Tabla 11. Parto prolongado en las puérperas inmediatas de parto eutócico atendida en el Hospital Pichanaki, Junín 2017.**

Diagnóstico de parto prolongado	Frecuencia	Porcentaje
Parto prolongado	9	19.1
Sin parto prolongado	38	80.9
Total	47	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características de riesgo de las puérperas inmediatas de parto eutócico atendidas en el Hospital Pichanaki, Junín 2017.

En la tabla 12. Del 100% (47) de las puérperas inmediatas de parto eutócico atendidas en el Hospital Pichanaki en Junín 2017, el 19.1% (9) tuvieron parto prolongado y el 80.9% (38) no tuvieron parto prolongado.

**Tabla 12. Alumbramiento Incompleto de las puérperas inmediatas de parto eutócico atendidas en el Hospital Pichanaki, Junín 2017.**

Diagnóstico de alumbramiento incompleto	Frecuencia	Porcentaje
Alumbramiento incompleto	13	27.7
Alumbramiento completo	34	72.3
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características de riesgo de las puérperas inmediatas de parto eutócico atendidas en el Hospital Pichanaki, Junín 2017.

En la tabla 13. Del 100% (47) de las puérperas inmediatas de parto eutócico atendidas en el Hospital Pichanaki en Junín 2017, el 27.7% (13) tuvieron alumbramiento incompleto y el 72.3% (34) tuvieron alumbramiento completo.

## 4.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente trabajo tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo de la puerpera inmediata proveniente de parto eutósico en el Hospital Pichanaki Junín 2017, en el cual se encontró los siguientes resultados: el 89.4% fueron primíparas y multíparas; demostrando que la primiparidad y la multiparidad son factores de riesgo de la puerpera; en cuanto a la edad el 25% tenían edad menor a 19 años, y el 75% tuvieron una edad menor a 36 años; sustentando que las edades extremas son factores de riesgo de la puerpera; el 19.1% tuvieron educación primaria o menos y el 80.9% tuvieron educación secundaria o más; el 36.2% tuvieron antecedente de aborto, el 63.8% no tuvieron antecedentes de aborto

Los hallazgos encontrados son contrarios a lo encontrado por Pazan (8) en su estudio: "Factores de Riesgo de Patologías Puerperales, Hospital José María Valesco Ibarra 2010", cuyos resultados fueron; el 38% fueron menores de 19 años y el 42% tenían las edades entre 20 a 29 años; el 50% Instrucción primaria y el 42% secundaria. En cuanto a la paridad Pazan (8) encontró una similitud a los resultados de esta investigación encontrando el 85% fueron primíparas y multíparas. En cuanto al antecedente de aborto como factor de riesgo preconcepcional de la puerpera un 36.2% que tuvieron antecedente de aborto representa un riesgo en el alumbramiento y sus consecuencias.

En cuanto a los riesgos conceptuales de la puerpera inmediata proveniente de parto eutósico se determina que el 25.5% tuvieron menos de 6 atenciones prenatales y el 74.5% tuvieron seis a más atenciones prenatales; el 12.8% tuvieron un índice de masa corporal fuera de lo normal y el 87.2% tuvieron un índice de masa corporal normal; el 14.9% tuvieron hipertensión arterial inducida por el embarazo y el 85.1% no tuvieron hipertensión arterial; el 55.3% tuvieron anemia durante el embarazo y el 44.7% no tuvieron anemia durante el embarazo.

Contrastando con Herrera (5) en su tesis "Complicaciones puerperales inmediatas de parto eutósico en pacientes adolescentes del Hospital Provincial

Isidro Ayora de Loja”, halló similar resultado: el 87,7% se realizaron más de 5 controles durante el embarazo mientras que el 12,3% presentaron menos de 5 controles; resultado coincidente también para los trastornos hipertensivo que halló que el 7.7% presentaron trastornos hipertensivos. En cuanto a la anemia como factor de riesgo, el mismo autor encontró similar resultado al presente estudio donde el 33,9% presentó anemia en forma leve y el 10,8% en forma moderada.

En cuanto al Índice de masa corporal como factor de riesgo en las puérperas inmediatas el presente estudio encontró que el 12.8% tuvieron un índice de masa corporal fuera de lo normal y el 87.2% tuvieron un índice de masa corporal normal, resultado coincidente con Salviz (10) que encontró un alto índice de masa corporal y constituyó factor de riesgo para pre-eclampsia.

Al describir los factores de riesgo intraparto de la puérpera inmediata, se puede manifestar que el 12.8% tuvieron Macrosomía fetal y el 87.2% no tuvieron Macrosomía fetal; el 19.1% tuvieron ruptura prematura de membranas mayor a 6 horas y el 80.9% no tuvieron ruptura prematura de membranas mayor a 6 horas; el 19.1% tuvieron parto prolongado y el 80.9% no tuvieron parto prolongado; el 27.7% tuvieron alumbramiento incompleto y el 72.3% tuvieron alumbramiento completo.

Los resultados hallados en la presente investigación son similares a los encontrados por Herrera (5) en “Complicaciones puerperales inmediatas de parto eutócico en pacientes adolescentes atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital Provincial Isidro Ayora de Loja” que encontró un 21.5% de puérperas presentó alumbramiento incompleto.

Del mismo modo Altamirano (11) en “Factores de alto riesgo asociado hemorragia post parto inmediato en el Hospital María Auxiliadora Lima 2012”, encontró, entre los principales factores de riesgo intraparto la Ruptura Prematura de Membrana 14,7% de puerperas y el 7.3% de puerpera hicieron Parto Prolongado.

En cuanto a la macrosomía fetal el presente estudio encontró que el 12.8% de puérperas tuvieron feto macrosómico, constituyendo un factor de riesgo para complicaciones como, desgarró de partes blandas, distocia de hombro, trabajo de parto prolongado y hemorragias.

## CONCLUSIONES

- a. Los Factores de riesgo preconceptionales de la puerpera inmediata, provenientes de parto eutósico del Hospital Pichanaki fueron: el 89.4% fueron primíparas y multíparas; el 25% tenían edad menor a 19 años, y el 75% tuvieron una edad menor a 36 años; el 19.1% tuvieron educación primaria o menos; el 36.2% tuvieron antecedente de aborto.
- b. Los Factores de riesgo conceptionales de la puerpera inmediata, provenientes de parto eutósico del Hospital Pichanaki, fueron: el 25.5% tuvieron menos de 6 atenciones prenatales; el 12.8% tuvieron un índice de masa corporal fuera de lo normal; el 14.9% tuvieron hipertensión arterial inducida por el embarazo y el 55.3% tuvieron anemia durante el embarazo.
- c. Los Factores de riesgo intraparto de la puerpera inmediata, provenientes de parto eutósico del Hospital Pichanaki fueron: el 12.8% tuvieron Macrosomía fetal; el 19.1% tuvieron ruptura prematura de membranas mayor a 6 horas; el 19.1% tuvieron parto prolongado; el 27.7% tuvieron alumbramiento incompleto, constotuyendo riesgo para las complicaciones del puerperio.

## RECOMENDACIONES

- a. Al director del Hospital, a partir de los resultados de la presente investigación realizar actividades de discusión o problematización, para la búsqueda de solución sobre la prevención de los factores de riesgo en el puerperio inmediato.
- b. A los profesionales obstetras, fortalecer la atención durante el control prenatal, para identificar factores de riesgos, brindar manejo adecuado y evitar para posibles complicaciones posteriores.
- c. A las obstetras realizar seguimiento efectivo a las puerperas y concientizarlas para realizarse a tiempo sus controles, a fin de descubrir precozmente cualquier desviación de la normalidad, e intervenir oportunamente así evitar riesgo de padecer complicaciones durante esta etapa.
- d. A las obstetras mejorar la atención del periodo del alumbramiento para disminuir el 27.7% de alumbramiento incompleto en el Hospital de Pichanaki, 2017.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

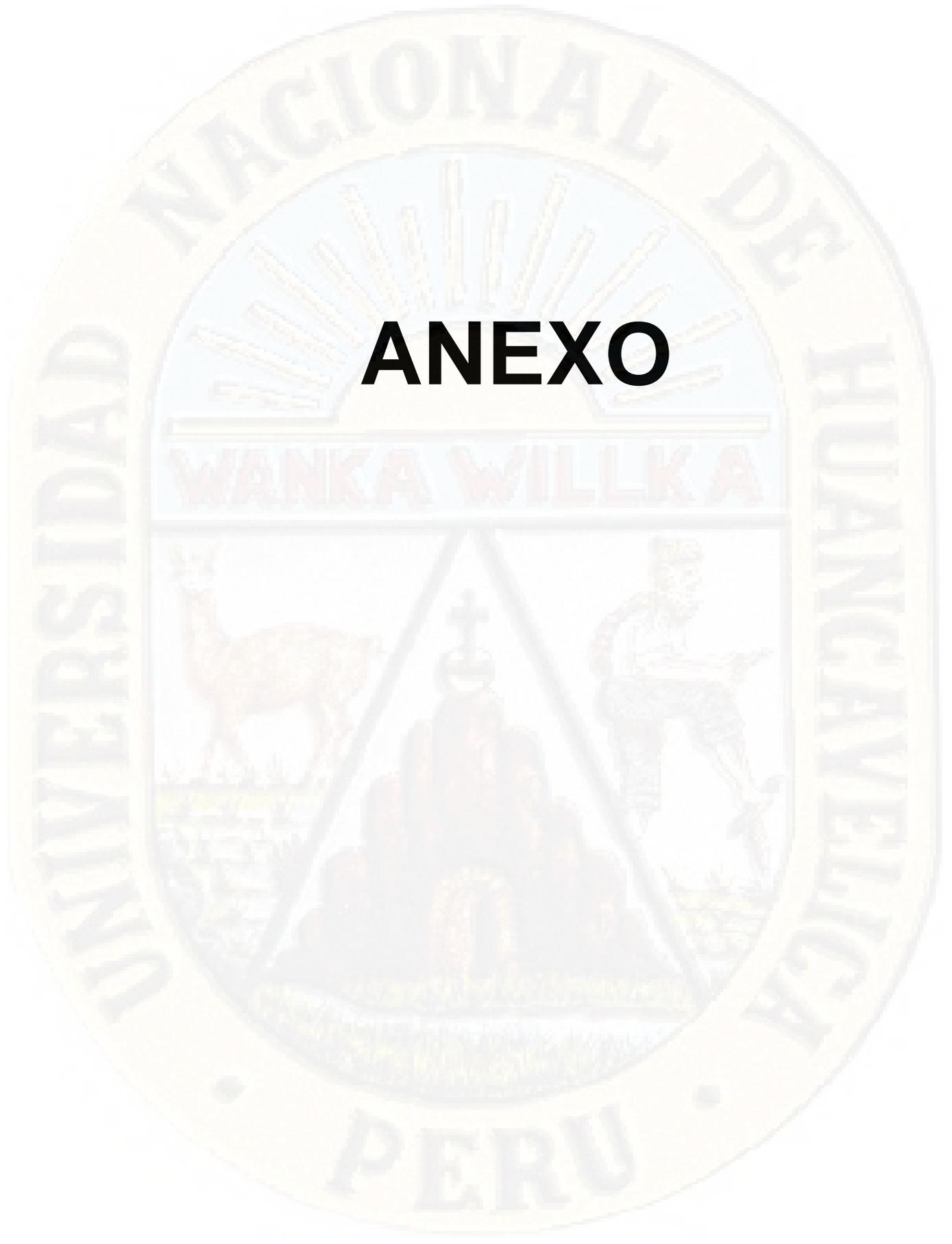
1. Hemorragia post parto- misoprostol.  
[http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/full\\_text/gineco\\_OBSTETRICIA\\_2010-06-20](http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/full_text/gineco_OBSTETRICIA_2010-06-20).
2. Hemorragia post parto –oxitocina:  
[http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/full\\_text/gineco\\_OBSTETRICIA\\_2010-06-20](http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/full_text/gineco_OBSTETRICIA_2010-06-20).
3. OMS, Organización Mundial de la salud. Mortalidad Materna, datos y cifras. 16 de febrero 2018.
4. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, et al. Niveles globales, regionales y nacionales y tendencias en la mortalidad materna entre 1990 y 2015, con proyecciones basadas en escenarios hasta 2030: un análisis sistemático realizado por el Grupo Interinstitucional de Estimación de la Mortalidad Materna de las Naciones Unidas. Lanceta. 2016; 387 (10017): 462-74.
5. Jéssica Karina Herrera Jaramillo, “Complicaciones puerperales inmediatas de parto eutócico en pacientes adolescentes atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital Provincial Isidro Ayora de Loja” Universidad Nacional de Loja, Ecuador” 2014.
6. Ávila-Reyes R, Herrera-Pen M, Salazar-Cerda CI, Camacho-Ramírez RI, “Factores de riesgo del recién nacido macrosómico 2013”, Pediatría de México Vol. 15 Núm. 1 – 2013 .
7. García-Mirás R, Llera -Valdés A, Pacheco - Bermúdez AL, Delgado - González MJ, González- Sánchez A. Resultados maternos-perinatales de pacientes con preeclampsia. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2012 Dic [citado 2018 Nov 27] ; 38( 4 ): 467-477. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2012000400004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000400004&lng=es).
8. Santiago Fernando Pazan Garcés “Factores de Riesgo de Patologías Purperales, Hospital Jose Maria Valesco Ibarra, - Ecuador 2010”
9. Casavilca-Suárez KA, Egoávil-Gutiérrez JR, “Factores de riesgo y anemia

en el post parto en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el año 2016” Universidad Nacional del Centro del Perú 2017.

10. Salviz -Salhuana M, Cordero-Muñoz L, Saona-Ugarte P, Pre-eclampsia: Factores de riesgo. Estudio en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Rev Med Hered [Internet]. 1996 Ene [citado 2018 Nov 27] ; 7( 1 ): 24-31. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X1996000100005&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X1996000100005&lng=es).
11. Altamirano-Girano, PA “Factores de alto riesgo asociados a hemorragia postparto inmediato en el Hospital María Auxiliadora, Lima durante el 2012”
12. Julio Cesar Acusi Quispe “Factores de Riesgo para Hemorragia Postparto en las Puérperas de Parto Vaginal, atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2012”, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann”
13. Riesgo Reproductivo, Dra. V. Herrear, Dr. J. Oliva, Dr. F. Domínguez. Capítulo 11. (2011)
14. Organización Mundial de la Salud, 2007 RM N° 069-2016/MINSA Signos de alerta de malnutrición.
15. Organización Mundial de la Salud, 2007 RM N° 069-2016/MINSA
16. Schwarcs, Salas, Diverges. Obstetricia. 6ª Edición; 2001
17. Guía Clínica sobre el manejo de la rotura prematura demembranas (RPM) al término para prevenir la infección materno neonatal. Marzo 2001. En <http://www.paho.org/Spanish/CLAP/docguias.htm>
18. Perez – Sanchez. Obstetricia; Mediterraneo; 1999; 3ª Edición
19. Protocolo de Atención del Puerperio Fisiológico. Parte 4. Ministerio de Salud
20. Ricardo L. Schwarcz. Et. Al. Obstetricia. Quinta Edición. Décima quinta reimpresión. Edición. Librería, Editorial e Inmobiliaria, Florida 340. Buenos Aires, Argentina, 2003.
21. Guadalupe Aguaron Benites. Sesión: Seminario en Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. 2010.

22. Hernández R. Metodología de la investigación 5ta edición 2010.
23. Sánchez y Reyes, 1996, Alarcón, metodología de Investigación Científica.
24. MINSA. Boletín Epidemiológico Lima - Perú. MINSA. 2016 Enero; 24.





# ANEXO

## FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### “FACTORES DE RIESGO DE LA PUÉRPERA INMEDIATA PROVENIENTES DE PARTO EUTÓCICO DEL HOSPITAL PICHANAKI, JUNÍN 2017”

**Instrucciones:** Se solicita que la información a recoger sobre los factores de riesgo de la puérpera inmediata, provenientes de parto eutócico, de las Historias Clínicas del Hospital Pichanaki Junín 2017, debe ser objetiva y si hubiera historias clínicas incompletas o con ilegibles se debe descartar.

#### I. FACTORES DE RIESGO PRE CONCEPCIONALES

1. **Paridad:**  
Primípara (1)  
Multípara (2)  
Gran Multípara (3)
2. **Edad materna:**  
..... Años
3. **Baja escolaridad:**  
Primaria o menor: (si=1) (no=2)
4. **Aborto Previo:** (Si=1) (No=2)

#### II. FACTORES DE RIESGO CONCEPCIONALES

5. **Control Pre Natal incompleto:**  
≥ a 6 CPN (1)  
< a 6 CPN (2)
6. **Obesidad por IMC:** (Si=1) (No=2)
7. **Síndrome HTA:** (Si=1) (No=2)
8. **Anemia durante el embarazo:** (Si=1) (No=2)
9. **Cesárea Previa:** (Si=1) (No=2)

#### III. FACTORES DE RIESGO INTRAPARTO

10. **Macrosomía fetal:** (Si=1) (No=2)
11. **RPM prolongado:** (mayor de 6 horas) (Si=1) (No=2)
12. **Parto prolongado:** (Si=1) (No=2)
13. **Alumbramiento incompleto:** (Si=1) (No=2)

PROBLEMA	OBJETIVOS	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA
¿Cuáles son los factores de riesgo de la puerpera inmediata, provenientes de parto eutósico del Hospital Pichanaki, Junín 2017?	<p><b>Objetivo General</b> Determinar los factores de riesgo de la puerpera inmediata, provenientes de parto eutósico del Hospital Pichanaki, Junín 2017.</p> <p><b>Objetivo específico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cuáles son los factores de riesgo preconceptionales de la puerpera inmediata, provenientes de parto eutósico del Hospital Pichanaki, Junín 2017.</li> <li>➤ Cuáles son los factores de riesgo conceptionales la puerpera inmediata, provenientes de parto eutósico del Hospital Pichanaki, Junín 2017.</li> <li>➤ Cuáles son los factores de riesgo intraparto de la</li> </ul>	Factores de riesgo preconceptionales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paridad</li> <li>• Edad Materna</li> <li>• Baja escolaridad</li> <li>• Aborto previo</li> </ul>	<p><b>Tipo de Investigación</b> Descriptivo, retrospectivo y transversal</p> <p><b>Nivel de Investigación</b> Descriptivo</p> <p><b>Diseño de Investigación</b> Descriptivo simple</p> <p style="text-align: center;"><b>M — O</b></p> <p><b>Donde:</b> <b>M=</b> Puerpera inmediata provenientes de parto eutósico <b>O=</b> Factores de riesgo</p> <p><b>Población.</b> Todas las HC de todas las gestantes atendidas en el Hospital de Pichanaki 2017 que fueron 385.</p> <p><b>Muestra:</b> No probabilístico, intencional que cumple con los criterios de selección, que fueron 47 puerperas inmediatas provenientes de parto eutósico</p> <p><b>Criterios de Inclusión</b> Todas las Historias clínicas de puerperas inmediatas, procedentes de parto eutóxico, atendidas en el Hospital de Pichanaki, Junín 2017..</p> <p><b>Criterios de exclusión</b></p>
		Factores de riesgo conceptionales	CPN Incompleto Obesidad por IMC Síndrome de HTA Anemia durante el embarazo Cesarea previa	
		Factores de Riesgo Intraparto	Macrosomía fetal RPM < 6 Horas Parto prolongado Alumbramiento incompleto	

puerpera inmediata, provenientes de parto eutósico del Hospital Pichanaki, Junín 2017.

- Puérperas inmediatas post cesárea.
- Puérperas inmediatas con factores de riesgo, como parto podálico, DPP, gestación múltiple, por tener indicación por protocolo, cesárea.
- HC judicializadas o incompletas.

**Técnicas de Procesamiento y Análisis de datos**

- a. Estadística Descriptiva
- b. Programas Estadísticos.