

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMÁN GUERRERO**



**“COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DURANTE PUERPERIO
MEDIATO, EN RELACIÓN A LA NUEVA CLASIFICACIÓN DE
EMBARAZO A TÉRMINO DE LA ACOG, EN EL HOSPITAL DE
VITARTE, AÑO 2018”.**

**PROYECTO DE TESIS PARA
OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR
MONTENEGRO RIVERA EDUARDO**

**DIRECTOR DE TESIS
Dr.Jhony A. De La Cruz Vargas, Phd, MCR, MD**

**ASESOR
DR.PEDRO ARANGO OCHANTE**

**LIMA, PERÚ
2020**

DATOS GENERALES

TÍTULO

“Complicaciones Obstétricas durante puerperio mediato, en relación a la nueva clasificación de Embarazo a Término de la ACOG, en el Hospital de Vitarte, año 2018”.

AUTOR

Montenegro Rivera, Eduardo

ASESOR

Dr. Pedro Arango Ochante

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Jhony De La Cruz Vargas

DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

Observacional, Analítico, Retrospectivo de tipo Casos y Control

DEPARTAMENTO Y SECCIÓN ACADÉMICA

Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana

INSTITUCIONES

Hospital de Vitarte-MINSA

Universidad Ricardo Palma - Facultad de Medicina Humana

AGRADECIMIENTOS

Bueno quiero empezar dando agradecimiento a ese ser grandioso y bondadoso que es Dios, él que nos guía en cada paso que damos en la vida, permitiendo que todo en nombre del él sea bendecido y realizado.

En segundo lugar quiero dar gracias a mi Familia, mi madre, que siempre fue mi motor para seguir ante las adversidades, ante los problemas que se presentaban en mi vida, ella siempre supo darme el coraje necesario para poder vencerlos, a mi padre que siempre me dio el ejemplo de disciplina y perseverancia para seguir mis metas, a mis hermanos que siempre fueron las personas que estuvieron conmigo en las buenas y malas, a mis tías, ellas que fueron mi segundas madres, que desde pequeño supieron inculcarme el amor al prójimo y supieron llenarme de valores, a mis abuelos y hermana en el cielo que supieron cuidarme y darme todo su amor, agradezco a cada uno de mis familiares porque me enseñaron lo que es el cariño entre Familia.

En tercer lugar quiero agradecer a todos mis compañeros con los que tuve la suerte de compartir esta larga pero hermosa carrera profesional, agradecer a esos amigos con los que tal vez pasamos momentos difíciles en el transcurso de la formación, pero con su compañía y apoyo supimos superarlos y agradecer a la persona que apareció en mi vida para poder ser mejor persona.

Por último agradezco a mis maestros y tutores tanto de la universidad como del Hospital que pasaron por mi vida, dejando una gran enseñanza en mí, no solo en lo académico si no enseñándome el amor que se debe tener al prójimo, al paciente, el pensar que detrás de cada persona que va en busca de nuestra ayuda, hay una historia, hay una angustia de toda una familia que desea apaciguar el gran padecimiento que tal vez pueda estar sintiendo con su enfermedad.

Quiero dedicar la presente Tesis a

Mis padres, quienes fueron los que me supieron guiar e inculcar la perseverancia, el seguir mis metas y sueños.

A mi familia quienes fueron mi soporte en esta larga carrera.

A mi asesor que me brindó todos sus conocimientos y estos yo poder plasmarlos en este presente trabajo, a mis amigos y personas especiales en mi vida.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Es considerado que tanto a nivel Mundial como Local las principales causas de fallecimiento materno ocurren durante el puerperio y esto es producido por complicaciones que se darán en este periodo, siendo la más frecuente de ocasionar esta fatalidad, las Hemorragias puerperales la que se representa fundamentalmente por la Atonía Uterina y la Retención de Tejido Placentario; otras complicaciones que se pueden desarrollar son las Infecciones puerperales, las Hipertensiones Postparto y enfermedades Psiquiátricas puerperales.

OBJETIVO: Determinar la asociación entre las complicaciones puerperales y la clasificación de Embarazo a Término de la ACOG, en el Hospital de Vitarte, año 2018.

MATERIAL Y MÉTODOS: El estudio realizado es analítico, retrospectivo de tipo caso y control. La población estudiada estuvo conformada por pacientes con puerperio mediato y que tuvieron alguna complicación durante este lapso. Lo representaron 268 pacientes, con 134 casos y 134 controles con relación de 1:1. La información fue recolectada de las Historias clínicas y estas fueron: edad, grado de instrucción, paridad, N° CPN, RPM, IMC, hemoglobina, embarazo a término, tipo de parto, duración de parto vaginal, uso de oxitócicos, inducción de parto, complicación de parto, ápgar y volumen de sangrado.

RESULTADOS: El tipo de complicación puerperal más frecuente fue la Infección postparto 61,19% y la Hemorragia postparto 30,60%. No hubo asociación estadística entre Embarazo a Término y complicación puerperal. De los factores estudiados el N° CPN insuficientes tuvo 4,5 veces mayor probabilidad de presentar complicación así como otros factores tales como la multiparidad, el sobrepeso, la anemia y la presencia de complicación durante el parto.

CONCLUSIONES: La complicación puerperal más frecuente fue la Infección postparto 61,19% y la Hemorragia postparto 30,60%. No se presentó asociación estadística significativa entre las pacientes con Embarazo a Término y las complicaciones durante el puerperio. De los factores maternos preparto y perinatales tuvieron asociación con complicación puerperal las siguientes: son °N CPN insuficientes, la multiparidad, el sobrepeso, la anemia y la presencia de complicación durante el parto.

PALABRAS CLAVE: Embarazo a término, complicación puerperal, factor de riesgo.

ABSTRACT

INTRODUCTION: It is considered that both at the World and Local level the main causes of maternal death occur during the postpartum and this is caused by complications that will occur in this period, the most frequent of causing this fatality, postpartum hemorrhages are primarily represented by Uterine Atonia and Placental Tissue Retention; other complications that may develop are postpartum infections, Postpartum Hypertenses, and postpartum psychiatric diseases.

OBJECTIVE: Determine the association between puerperal complications and the classification of Pregnancy to Term of the ACOG, in the Hospital of Vitarte, year 2018.

MATERIAL AND METHODS: The study carried out is analytical, retrospective case-type and control. The study population was made up of patients with intermediate postpartum period and who had some complication during this period. It was represented by 268 patients, with 134 cases and 134 controls with a ratio of 1:1. The information was collected from the Clinical Histories and these were: age, degree of instruction, parity, N° CPN, RPM, BMI, hemoglobin, term pregnancy, type of delivery, duration of vaginal delivery, use of oxytocics, induction of labor, complication of labor, apex and volume of bleeding.

RESULTS: The most common type of puerperal complication was postpartum infection 61.19% and postpartum hemorrhage 30.60%. There was no statistical association between Pregnancy to Term and puerperal complication. Of the factors studied, N° insufficient CPN was 4.5 times more likely to present complication as well as other factors such as multiparity, overweight, anemia and the presence of complication during childbirth.

CONCLUSION: The most frequent postpartum complication was postpartum infection 61.19% and postpartum hemorrhage 30.60%. There was no significant statistical association between patients with Term Pregnancy and complications during the puerperium. Of the maternal factors preparto and perinatal had association with puerperal complication the following are °N CPN insufficient, multiparity, overweight, anemia and the presence of complication during childbirth.

KEY WORDS: Full-term pregnancy, postpartum complication, risk factor.

ÍNDICE

DATOS GENERALES.....	2
RESUMEN	5
ABSTRACT.....	6
INTRODUCCIÓN	11
CAPITULO I.....	12
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	13
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	13
1.4. DELIMITACION DEL PROBLEMA.....	14
1.4.1. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	14
1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	15
1.5.1. OBJETIVO GENERAL	15
1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
CAPITULO II.....	16
MARCO TEÓRICO.....	16
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	16
2.1.1 Antecedentes Internacionales	16
2.1.2. Antecedentes Nacionales.....	18
2.2. BASES TEÓRICAS	21
2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES.....	33
CAPITULO III.....	35
HIPÓTESIS Y VARIABLES	35
3.1. HIPOTESIS.....	35
3.1.1 Hipótesis General.....	35
3.1.2 Hipótesis Específica	35
3.2. VARIABLES	36
3.2.1. VARIABLES DEPENDIENTES	36
3.2.2. VARIABLES INDEPENDIENTES.....	36
CAPITULO IV.....	37
METODOLOGÍA	37
4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	37
4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	37
4.2.1. Población.....	37

4.2.2. Muestra	38
4.2.3. Tipo de muestreo	39
4.2.4. Criterios de selección de la muestra	39
4.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES (ANEXO 1)	39
4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS ..	39
4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS	40
4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	40
4.7. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN	41
4.8. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	41
CAPITULO V.....	42
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	42
5.1. RESULTADOS	42
5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	50
CAPITULO VI.....	53
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	53
6.1. CONCLUSIONES	53
6.2. RECOMENDACIONES	54
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	55
ANEXOS	59

LISTA DE TABLAS Y GRÁFICOS

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. Factores Maternos Preparto de Puérperas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vitarte año 2018.

TABLA 2. Factores Perinatales de Puérperas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vitarte año 2018.

TABLA 3. Análisis Bivariado de Embarazo a Término y Presencia de Complicación Puerperal en el Servicio de Ginecología- Obstetricia del Hospital Vitarte, año 2018.

TABLA 4. Análisis Bivariado de los Factores Maternos y perinatales según Presencia de Complicación Puerperal en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vitarte año 2018.

TABLA 5. Análisis Multivariado de los Factores Maternos y perinatales según Presencia de Complicación Puerperal en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vitarte año 2018.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. Tipo de complicación durante el puerperio en el servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital Vitarte año 2018.

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

ANEXO 2: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

ANEXO 3: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ANEXO 4: ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

ANEXO 5: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS

ANEXO 6: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS FIRMADO
POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA

ANEXO 7: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR LA
SEDE HOSPITALARIA

ANEXO 8: ACTA DE APROBACIÓN DE BORRADOR DE TESIS

ANEXO 9: IMPRESIÓN DEL TURNITIN

ANEXO 10: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas la Mortalidad Materna se ha convertido en un rival muy importante a vencer por parte de todas naciones del mundo, principalmente por los países que se encuentran más vulnerables que son los aquellos llamados del tercer mundo, todo esto es reflejado por los datos emitidos en los años anteriores por las principales organizaciones destinadas a preservar la salud, como lo es la OMS que nos dice que cada minuto que pasa en alguna parte del mundo fallece una madre, dando datos incluso que por día hay más de 800 muertes maternas y menciona que en el año 2015 hubieron más de 300 000 muertes de este grupo poblacional producidas por complicaciones propias de la gestación, el parto y el puerperio.(1)

Es considerado que tanto a nivel Mundial como Local las principales causas de fallecimiento materno ocurren durante el puerperio y esto es producido por complicaciones que se darán en este periodo, siendo la más frecuente de ocasionar esta fatalidad, las Hemorragias puerperales la que se representa fundamentalmente por la Atonía Uterina y la Retención de Tejido Placentario; otras complicaciones que se pueden desarrollar son las Infecciones puerperales, las Hipertensiones Postparto y enfermedades Psiquiátricas puerperales.(2)

La mortalidad materna es una problemática que es de incumbencia de médicos, políticos, el Estado y la población en General ya que este repercute en los índices de desarrollo de un país, en el equilibrio emocional de la población y en demostrar si hay una correcta capacidad de atención del Sector Salud.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En las últimas décadas a nivel mundial se está produciendo una gran problemática que está afectando a la salud materna y que no discrimina raza ni clase social cobrando en el peor de los casos la vida de la madre, el sufrimiento de su familia y poniendo al descubierto la insuficiencia del sistema de salud, sobre todo en países que están en desarrollo.

Por lo que la mortalidad materna se ha vuelto en un escollo para las políticas de salud en todos los países, ya que sus cifras alarmantes de casos cobrados llegan a cientos de muertes , incluso se dice que en cada minuto que transcurre en alguna parte del mundo muere una madre y más alarmante es saber que según datos de la Organización Mundial de la Salud(OMS) entrega datos de más de 800 muertes maternas cada día, incluso menciona éste que hubieron más de 300 000 muertes maternas solo en el año 2015 producto de complicaciones producidas en la gestación, parto y el puerperio que se dan en estas madres. Cuyas complicaciones talvez podrían tener alguna asociación con el embarazo a término de la ACOG.(1)

A nivel mundial la mortalidad materna si bien ha ido en descenso incluso hay estudios mencionan que desde el año 1990 al 2015 ha habido un descenso de más del 45%, hay países en desarrollo cuyas estructuras de políticas de salud no están firmemente afianzadas para poder enfrentar esta problemática como lo es en el Sur de África, que es el lugar donde se presenta el mayor riesgo de muerte materna a nivel mundial.

Ahora a nivel Regional como lo son países de América latina y el caribe se menciona que estos si bien han presentado disminución en el índice de muerte materna cercanas al 40%, ninguno de estos ha podido llegar a alcanzar la meta propuesta por la OMS con respecto a los Objetivos del Desarrollo del Milenio que era disminuir esta mortalidad a un 75%.(3)

A nivel Local, nuestro país ha seguido la tendencia de descenso de estas estadísticas incluso hay estudios que mencionan como los realizados por la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud que nos dicen que ha habido un descenso del número de muertes de cerca del 42%, además menciona que en el año 2016 en nuestro país se produjo la menor cifra de muertes maternas producidas en las últimas 2 décadas lo que da esperanzas de que esta problemática puede ser mitigada.(4)

También cabe recalcar que la muerte de las madres es un gran indicador de desarrollo de un país y si este indicador perdura y crece en el tiempo refleja el pobre interés que un Estado está dando para su nación y más sabiendo que esta situación es muy bien prevenible incluso evitable poniendo énfasis en detectar todos los factores que desencadenan esta fatalidad como las que se podrán evidenciar en este presente estudio. (5)

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por todo lo mencionado y planteado es conveniente formular la siguiente interrogante:

¿Existirá asociación entre las Complicaciones Obstétricas puerperales y la clasificación de Embarazo a Término de la ACOG, en el Hospital de Vitarte, año 2018?

1.3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El Perú debido al ser un país en líneas de desarrollo no se escapa de las repercusiones que se tienen debido a la poca inversión que se dan a las políticas de salud como es en este caso controlar la mortalidad de las madres producto de las distintas complicaciones que se dan durante la gestación, parto y puerperio materno.

Ahora nuestro país ha ido encaminado al descenso en el número de casos de muertes maternas con el objetivo de llegar a conseguir el quinto objetivo del desarrollo del milenio, esta disminución ha sido constante hasta el año

2013, sin embargo en estos últimos años ha habido un leve incremento de estas, siendo Lima la capital con más muertes registradas en el año 2015. Además estudios epidemiológicos mencionan que el momento donde ocurren estas muertes es en el periodo de puerperio en un total de 63% siendo esta etapa en la que mayor énfasis e importancia debe poner el Estado a través del ministerio de salud, tratando de encontrar los principales factores predisponentes a desarrollar estas complicaciones puerperales. Por eso, este presente trabajo de investigación va encaminado a revelar los principales factores de riesgo, como las complicaciones más frecuentes y si estas tienen alguna relación con el periodo de culminación del embarazo , además poder ver posibles medidas prevenibles de estos factores de riesgo desencadenantes.(6)

1.4. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

1.4.1. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

PROBLEMA SANITARIO: Salud materna, perinatal y neonatal.

TEMA PRIORIZADO: promoción y la prevención en salud.

Estudio para medir la asociación entre las complicaciones que se presentan durante puerperio mediato y la edad gestacional de culminación de Embarazo según la nueva clasificación de la ACOG.

1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar la asociación entre las complicaciones puerperales y la clasificación de Embarazo a Término de la ACOG, en el Hospital de Vitarte, año 2018.

1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las complicaciones más frecuentes que se dan durante puerperio mediato.
- Determinar si el Embarazo a término según la “ACOG” está asociada a complicaciones durante el puerperio en pacientes del Hospital de Vitarte.
- Determinar si los factores maternos preparto se asocian a las complicaciones puerperales.
- Determinar si los factores perinatales se asocian a las complicaciones puerperales.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Rosaura (2009) En sus Tesis "Complicaciones en pacientes con Puerperio Inmediato atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Provincial general docente Riobamba. año 2008". Cuyo finalidad fue el determinar las principales complicaciones que se dan en el puerperio inmediato en el Hospital docente Riobamba. La muestra estaba conformada por la totalidad de pacientes que presentaron complicaciones durante puerperio inmediato. Las complicaciones que se presentaron con mayor frecuencia fueron el alumbramiento incompleto(63%), desgarros vaginales (10%), hipotonía uterina(9%); la edad donde más se presentó fue entre 19-26 años(44%),primigestas(52%) y un (53%) venian del sector rural.(7)

Naula et al (2019) En su trabajo de investigación "Complicaciones del puerperio inmediato en pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-2013". Cuya finalidad fue el establecer cuales son las características de las pacientes que tuvieron complicación durante el puerperio inmediato. Realizaron un trabajo de tipo descriptivo ,retrospectivo. El tamaño de la muestra estuvo comprendida por 365 casos. Las complicaciones más frecuentes de este estudio fueron en primer lugar la Atonía Uterina(58,1%), y segundo lugar la anemia(23,6%)desgarros(6,8%).La mortalidad de las madres fueron de 0,5%.(8)

Elena & Antonio (2015) En su trabajo de Tesis "Prevalencia de complicaciones puerperales y factores asociados en mujeres atendidas en el Hospital José Nieborowski de la Ciudad de Boaco durante el 2014". Cuyo finalidad fue el de hallar la prevalencia de las complicaciones en el puerperio y si existen factores de riesgo que esten implicados. Realizaron un trabajo de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. Donde el tamaño muestral estuvo comprendido por 100 casos que presentaron algún diagnóstico de complicación durante puerperio. Las complicaciones en rango de frecuencia fueron Infecciones puerperales (30%), sangrado postparto (22%), además los factores de riesgo asociados a infección urinaria fueron RPM >24hrs y los asociados a complicaciones hemorrágicas son el parto prolongado y retención de tejidos placentarios. (9)

Briones et al (2002) En su estudio "Risk factors and most frequent complications of puerperium: study realized at the Mariana de Jesus Maternal – infant hospital" Cuya finalidad fue determinar la incidencia, las principales complicaciones puerperales, y los factores asociados para que se desarrolle las complicaciones. Realizaron un Trabajo de tipo Retrospectivo, longitudinal y descriptivo. De una población de 723 pacientes se realizó el estudio de las historias clínicas solo de las pacientes que presentaron alguna complicación puerperal que en total fueron 16. Durante el puerperio hubo puramente complicación hemorrágica solo en el 10% y el (6,25%) presentó hematoma vulvar; los antecedentes que presentaron fueron de ITU en un (42%) y de leucorrea en un (68%). (10)

Department of Obstetrics and Gynaecology et al (2016) En su trabajo "Postpartum hemorrhage: incidence, risk factors, and outcomes in a low-resource setting" Cuya objetivo es determinar los factores de riesgo, la incidencia y las causas de la hemorragia postparto en regiones pobres. Realizaron un estudio de tipo cohorte, retrospectivo, realizado en el Hospital central de Mpilo. Los datos fueron recopilados de los registros estadísticos del hospital de los pacientes que presentaron el diagnóstico de hemorragia

postparto comprendido entre el 1 enero y el 30 de junio. La incidencia de presentar hemorragia es de 1,6%; de un total de 74 casos. El factor de riesgo más importante para presentarlo fue de hipertensión inducida por el embarazo, seguido de parto prolongado. Además la causa más frecuente de hemorragia fue la atonía uterina (82,4%).(11)

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Vargas (2017) En su tesis "Factores asociados a las complicaciones que se presentan durante el puerperio en un hospital general, Perú - 2016". tuvo como objetivo principal determinar factores asociados a las complicaciones que se presentan durante el puerperio. Desarrolló un estudio de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo y de tipo transversal, donde la muestra la comprendieron todos los casos que esten almacenados mediante registro y que durante su hospitalización puerperal haya presentado complicaciones. Los participantes fueron los pacientes hospitalizados en el servicio de obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza que presentaron complicaciones durante el puerperio en el primer semestre del año 2016. Se determinó que la prevalencia final de las complicaciones puerperales fue de unos 13,8%. El 36,1% de Hemorragia postparto y 63,89% de Infección puerperal; estando la multiparidad en el 63,9% de los casos de atonía uterina, además de haber otros factores como IMC patológico y macrosomía que intervinieron en la aparición de complicaciones.(12)

Augustine (2018) En su trabajo "Factores que se asocian a las complicaciones durante el puerperio en el Hospital María Auxiliadora (HAMA) Lima – Perú", cuya finalidad fue determinar los factores implicados en las complicaciones maternas en puerperio en el hospital María Auxiliadora Lima/Perú 2017. Se realizó el estudio de tipo observacional, transversal y analítico, donde los casos seleccionados para la muestra fueron la totalidad de personas que tuvieron parto en el Hospital María

Auxiliadora. Se tuvo finalmente que la prevalencia fue de 33,3%, siendo la Hipertensión postparto (9,7%) y la atonía uterina(5,9%) las complicaciones más frecuentes, además menciona que ser ama de casa, uso de misoprostol son factores protectores para no hacer atonía ;y el ser estudiantes es factor de riesgo para hacer atonía, volumen de sangrado entre 500-1000cc es factor protector para no desarrollar retención de tejidos placentarios.(13)

Daniela (2014) En su trabajo de tesis "Factores asociados a complicaciones en pacientes postcesareadas del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Lima 2014". Tenía como objetivo ver si tanto los factores obstetricos y sociodemograficos están relacionados a las complicaciones en postcesareadas del Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé de Lima 2014. Este estudio fue de tipo retrospectivo, descriptivo, transversal. El tamaño de la muestra fueron de unos 167 casos de postcesareadas quienes cumplieron criterios de inclusión. La incidencia final es de 8.4% que presentaron complicación; las <35a , con estudios secundarios, primíparas y gestación <37ss fueron un riesgo para presentar complicación.(14)

Jeffrey (2016) En su Tesis de "Complicaciones maternas durante el trabajo de parto y puerperio en gestantes con anemia atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, año 2015". Tuvo como objetivo saber cuales eran las complicaciones maternas que se daban durante trabajo de parto y la etapa puerperal en las gestantes con algún grado de anemia en el Instituto materno perinatal en 2015. Desarrolló un estudio de tipo observacional , diseño descriptivo, transversal y retrospectivo; además su tamaño muestral fue de 259 casos que estuvieron con anemia en el trabajo de parto. Un 80,7% tenían anemia leve, un 18,5% anemia moderada y el 0,8% una anemia severa, además el RPM(20,5%), trastorno hipertensivo(10%) y la fase latente prolongada (2,3%) fueron las principales complicaciones durante la fase de dilatación, durante el alumbramiento se

presentó sobretodo la atonía uterina(1,2%) y la ITU(3,9%) durante el puerperio fue el que predominó.(15)

Yessenia (2016) En su trabajo de Tesis "Factores asociados a complicaciones puerperales en mujeres peruanas: Subanálisis ENDES 2016". Cuyo objetivo principal fue saber que factores eran los que estaban relacionados a las complicaciones del puerperio en mujeres fértiles según ENDES 2016. Este estudio fue de tipo observacional , analítico y transversal con analisis secundario de ENDES 2016. La muestra estuvo determinada por las mujeres en edad fértil entre 15-49 años siendo en total 34131. Se determinó que estuvieron asociadas factores como pertenecer al grupo étnico aimara y haber padecido complicaciones durante el parto .(16)

2.2. BASES TEÓRICAS

PUERPERIO:

El puerperio es dicho periodo que toda mujer presenta posterior a la culminación del proceso de embarazo, siendo más específicos posterior a la etapa de alumbramiento y tiene una duración aproximada de 6 a 8 semanas, culminando con la involución y regreso a la normalidad de los cambios anatómicos y fisiológicos que se presentaron en la madre durante todo el proceso de gestación.

El puerperio puede clasificarse en:

Puerperio Fisiológico: Cuando la paciente no ha presentado ninguna complicación puerperal ni comorbilidades asociadas, llevando un desarrollo normal del mismo.

Puerperio Patológico: Cuando la paciente está llevando una etapa puerperal inadecuado por la presencia de enfermedades obstétricas que arrastra desde el embarazo o complicaciones adquiridas durante el trabajo de parto o posterior a este.

Etapas Puerperales:

- **Puerperio inmediato:** Es la que se da durante las primeras 24 horas después del parto, y se caracteriza porque durante este se desarrolla un proceso hemostático en el lecho sangrante dentro del útero originado por la expulsión del tejido placentario.

- **Puerperio mediato:** Comprende desde el 2° hasta el 7° día, es aquí donde se generan la mayor cantidad de procesos involutivos propios de la etapa gestacional.
- **Puerperio tardío:** se da desde el 7° día hasta el 42° día , es en esta etapa donde se culminan todos los procesos involutivos maternos(17)

CAMBIOS PUERPERALES (ANATÓMICOS – FISIOLÓGICOS)

En el puerperio se van a producir una serie de cambios que llevaran a la madre a que todas las estructuras modificadas durante el embarazo cómo órganos y funciones fisiológicas, puedan involucionar a su condición no gestacional.

Modificaciones de los órganos genitales:

Útero:

Posterior al alumbramiento se van a seguir presentando una serie de contracciones uterinas que van a servir como un proceso hemostático, ya que estas generaran una compresión constante de los vasos del lecho sangrante originada por la salida abrupta de la placenta.

Los vasos de gran calibre se van a obliterar y se van a generar vasos más pequeños a nivel uterino por lo que las células musculares también reducirán de tamaño y por ende el útero también reducirá de volumen.

El órgano uterino pesa aproximadamente 1 kilo después de la expulsión de la placenta disminuyendo a ½ kilo a la semana, llegando a poco menos de 100 gramos terminando esta etapa puerperal, allá por la 6° semana.

El tejido endometrial suele reconstruirse de forma rápidamente progresiva, viendo que a la semana tanto el estroma como el tejido epitelial ya están presentando el mismo diseño pre gestacional y a las 2 semanas ya el endometrio se hace proliferativo muy parecido al estado anterior a la gestación. Se requiere de las 6 semanas que dura esta etapa para estar cubierta por el nuevo endometrio por completo.

Cuello uterino y Vagina:

El cuello uterino vuelve a su estado normal de forma paulatina, manteniendo el extremo distal de este levemente dilatado durante el puerperio inmediato (4-5cm), llegando recién a 1 cm de diámetro a los 7 días después del parto, todo este proceso se lleva a cabo gracias a la disminución en el número de células en las capas musculares de ésta. La vagina es inmediatamente edematosa y muy expansible, regresando a su tono normal en las próximas semanas.

Mamas:

Inmediatamente después del parto, en la sangre de la madre disminuyen los niveles de progesterona por lo tanto se anula el efecto que esta hormona tiene en la inhibición de la formación de leche, 30 horas después del nacimiento se empieza a producir un líquido llamado calostro muy rico en proteínas (Inmunoglobulina A) hasta el 3° a 4° día, siendo posteriormente reemplazado en su composición por leche ya que hay un aumento de la secreción de lactosa, un componente muy osmótico que diluirá el calostro a una sustancia con un poco menos de proteínas.

Loquios:

Llamamos “loquios” al líquido natural expulsado a través del cuello uterino al exterior, originados por el proceso de restitución del área placentaria, Tenemos los “loquios hemáticos” que son de coloración rojiza que tienen una duración de los primeros 3 días, luego de 4° al 7° día estos se tornan más parduzcas por la disminución del contenido sanguíneo formando los

“loquios serosanguinolentos”, luego entre los 8° y 21° día estos loquios se vuelven amarillentos, finalmente posterior a los 21° días cambiarán a una coloración más blanquecina dando lugar a los “loquios blancos”(17)

Modificaciones de los sistemas cardiovascular y hematológico:

El Gasto cardiaco va aumentando posterior al alumbramiento incluso llegando a un aumento del 10% y esta tendencia se mantiene de esa forma hasta la primera semana, posterior a esta el Gasto cardiaco disminuye también de forma progresiva llegando a una disminución del 40% a la 6ta semana. Todas estas modificaciones ayudan a recuperar la presión arterial y frecuencia cardiaca normal que la madre tenía antes del embarazo.

Hematológicamente hablando el volumen eritrocitario aumenta de 10 - 15% en los primeros 7 días normalizándose al final del puerperio. Los glóbulos blancos y las plaquetas aumentan también los primeros 7 días presentando valores normales a las 6 a 8 semanas (18)

SIGNOS CLINICOS FISIOLÓGICOS DEL PUERPERIO:

Pérdida de peso

En las horas posteriores al parto, la madre puede llegar a perder de 4 – 6 kilos debido al nacimiento del niño, la expulsión de la placenta y líquido amniótico, además hay una disminución de 2,5 kilos a través de una gran diuresis que presenta la madre y de una pérdida sanguínea de 500 ml aprox.

Involución uterina:

En las primeras horas del puerperio el útero va descendiendo paulatinamente tanto que posterior al primer día este se encontrara a nivel del ombligo, al décimo día se palpa a nivel del pubis descendiendo 1 través de dedo cada día , regresando a su tamaño normal al final de la 6° semana.(17)

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS COMPLICACIONES MATERNAS EN EL PUERPERIO

Están existiendo en el mundo una serie de factores que están llevando a producir complicaciones durante el puerperio, se dice que estos factores son muy bien prevenibles si se detectan los riesgos durante el embarazo y el parto, mencionando varias literaturas a nivel nacional que una de las más frecuentes son las Infecciones con un 63,8% y en estas se encuentra la ITU con un 36,1%, le sigue la Hemorragia puerperal con 36,12% siendo su causa más frecuente la Atonía Uterina con un 15,9%.(12)

La importancia de conocer todos estos factores recae en saber en qué momento y con qué medios poder evitarlos, de esta forma se podrá evitar de una forma directa e indirecta la mortalidad materna, la cual si bien ha disminuido según las literaturas desde los años 90 hasta el años 2015 en un porcentaje aceptable pero no suficiente para poder erradicarlo de las políticas de salud.(1)

Sin embargo en los últimos años grandes instituciones de la salud están dando a conocer datos importantes sobre la salud materna a nivel mundial, revelándonos que cada día en el mundo mueren más de 800 mujeres por complicaciones asociadas a la gestación o al mismo parto y llegando a valores alarmantes de más de 300 000 muertes de madres durante el embarazo en el año 2015, representando datos que generan gran preocupación sobre todo en los países en vías de desarrollo.(1)

A su vez estas instituciones de salud mencionan que todas estas muertes pueden ser evitadas ya que las soluciones sanitarias para prevenir y tratar todas las patologías y complicaciones que se dan durante el lapso de la gestación, parto y postparto son bien conocidas. Debido a esto es que este problema está incluido como una meta dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, pensando reducir la razón de muerte a nivel global por lo menos a 70 por cada 100 000 nacidos vivos entre el 2016 y el 2030.(18)

Es sabido que la mayor cantidad de muertes se produce en las zonas rurales y agrestes de los países donde los recursos de salud son difíciles de ingresar, además de ser un problema que está asociado a países con bajos ingresos económicos de la población, también se sabe que esta mortandad materna puede ser bien prevenida. (1)

A pesar de estos datos alarmantes la mortalidad materna ha ido reduciéndose paulatinamente desde 1990 hasta el 2015, habiendo una reducción anual de 2.3% siendo esta reducción mayor a partir del año 2000 (1)

Hay países donde hay una mayor afectación que otros como lo es en África y Asia, que son lugares donde la mortandad llego hasta más de 600 cada año.(19)

En el Perú Según datos recopilados por el centro nacional de epidemiología mencionan que hay una perspectiva decreciente del número de casos, calculándose que cada año desde el 2000 hay una disminución de 14 muertes maternas.(19)

Desde el inicio del 2019 hasta la semana epidemiológica 22, los departamentos que reportaron la mayoría de casos según el lugar donde ocurrieron fueron Lima Metropolitana (27), Loreto (16), Ucayali (12),y La Libertad (11) en comparación con todo el año 2018 donde fue en Lima Metropolitana (28),Piura (13), Loreto y Áncash (9). (19)

Otro dato importante es que desde el 2013 hasta el 2019, el 12 % de muertes maternas se dieron en mujeres menores de 19 años, el 59% en mujeres de entre 20-34 años y el 29% en mayores de 35 años. (19)

COMPLICACIONES PUERPERALES:

HEMORRÁGICAS

Hemorragia Posparto

Para efecto de estudio esta hemorragia puede dividirse en HPP primaria o Precoz, es aquel sangrado que se presenta dentro de las primeras 24 hrs y la HPP secundaria o Tardía se presenta posterior a las 24hrs hasta las 12 semanas.

Clásicamente la HPP se definía como un sangrado exagerado posterior al parto asociado síntomas de hipovolemia pero esta definición tuvo que ajustarse a algo más cuantificable y exacto es por eso que luego se define como el sangrado ≥ 500 si era de parto vaginal o un sangrado ≥ 1000 si era de parto cesárea, aun así esta definición no podía abarcar a las madres que tenían un sangrado no visible y que a su vez generaba síntomas.

Es por eso que la ACOG decide ajustar su definición en el año 2017, mencionando que la HPP es el sangrado ≥ 1000 ya sea acumulado o visible asociado a síntomas o signos de hipovolemia y que hayan ocurrido en las primeras 24hrs del parto ya sea por parto vaginal o cesárea.

La HPP está conformada por las siguientes causas:

Atonía Uterina:

A nivel mundial es la causa más frecuente de HPP, se define como la presencia de un útero blando y dilatado posterior a la etapa del alumbramiento y que a pesar del uso de los protocolos realizados en esta etapa como el uso de uterotónicos y masaje uterino este se mantiene no firme, a su vez esta complicación puede presentarse de dos formas, una Atonía Focal, donde la dilatación puede estar solo en el segmento inferior y el fondo uterino bien contraído o también puede ser una Atonía Difusa donde el emblandecimiento y dilatación es en toda la longitud del útero por ende

puede haber mayor cantidad de sangre almacenada y causar una hemorragia mayor, esta última es el tipo más frecuente de atonía.

Retención de Tejido Placentario:

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 la placenta acreta, increta o pércreta. El acretismo placentario es poco frecuente (1/2.500 partos) aunque en los últimos años se está registrando una incidencia ascendente. El riesgo aumenta a medida que lo hace el número de cicatrices uterinas. Si a pesar del control ecográfico hay dudas sobre la localización de la placenta, debería realizarse una RNM con el fin de descartar la existencia de una placenta pércreta. También está relacionado con la existencia de placenta previa.

Traumas:

Hacen referencia a desgarros del canal genital, rotura uterina o inversión uterina.

– Desgarros/laceraciones: suponen la segunda causa más frecuente de HPP después de la atonía uterina. Normalmente se manifiestan como un sangrado vaginal activo propio de partos instrumentados o con episiotomía donde hay que proceder a reparar mediante sutura. En ocasiones también pueden hacerlo como hematomas.

– Rotura uterina: se define como la pérdida de integridad de la pared del útero. El factor de riesgo más comúnmente implicado es la existencia de una cirugía uterina previa, siendo la cesárea con histerotomía transversa segmentaria baja la más frecuente.

– Dehiscencia uterina: a diferencia de la rotura uterina propiamente dicha, la dehiscencia se define como la separación de la capa miometrial que asienta sobre una cicatriz uterina previa. Raramente son responsables de HPP moderadas-graves.

– Inversión uterina: 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), provocando la salida del fondo uterino en la cavidad endometrial.

Coagulopatía:

Pueden ser congénitas o adquiridas durante el embarazo.

- Congénitas: enfermedad de Von Willebrand, Hemofilia tipo A.
- Adquiridas: preeclampsia grave, Síndrome HELLP, embolia de líquido amniótico, abrupción placentaria, sepsis. Además de estas causas formalmente descritas, existen otros factores de riesgo como son la edad materna avanzada, la miomatosis uterina y el hecho de haber sufrido una HPP en una gestación anterior.(20)

INFECCIOSAS:

Infección Puerperal:

Es una de las complicaciones más frecuentes, estas infecciones están asociadas a una serie de factores de riesgo que pueden tenerse desde la gestación o adquiridas durante el parto ya sea vaginal o cesárea, siendo las infecciones más frecuentes:

Endometritis:

Causa más frecuente de fiebre puerperal. En la mayoría de los casos se produce por vía ascendente tras la colonización microbiana cérvicovaginal. Los factores de riesgo son el parto por cesárea, el número de exploraciones previas, tiempo de bolsa rota mayor de 6 horas, duración del parto de más de 8 horas, presencia de meconio, alumbramiento manual, diabetes, corioamnionitis, heridas y desgarro del canal de parto.

Infección de Herida Operatoria:

Aparece en un 2-5% de todas las cesáreas. Son factores predisponentes la cesárea urgente, tiempo quirúrgico prolongado, corioamnionitis, obesidad o malnutrición, anemia o alteraciones de coagulación e inmunosupresión. Se debe a gérmenes de la flora cutánea (estafilococo) o contenidos en la cavidad amniótica, procedentes del tracto genital inferior, siendo poli microbianas en unos 63%, anaerobias en un 30% y aerobias en un 7%.

Infección de episiotomía:

Complicación poco frecuente, en torno al 1%, disminuyendo su incidencia debido al perfeccionamiento de la técnica quirúrgica y la asepsia en el paritorio. Se producen en su mayoría por agentes poli microbianos. A la exploración se aprecian signos inflamatorios locales, como dolor, eritema y edema.

ITU:

Hay múltiples factores para que una madre desarrolle ITU, entre ellas el ser gestante la predispone ya que los cambios fisiológicos que se dan en su anatomía como el aumento del reflujo vesical favorece la infección, también otro factor preparto es la presencia de un RPM prolongado, otros factores intraparto como el gran número de tactos vaginales y el hecho de realizarse cesárea la predisponen a esta infección. Por lo general las púerperas presentan bacteriuria asintomática, se dice que el 25% de estas bacteriurias que no son tratadas se convierten en pielonefritis.(21)

HIPERTENSIVAS:

Hipertensión postparto:

Se define como la presencia de una PA \geq 140/90 la cual tiene que estar medida 2 veces con una distancia de 4 hrs y tiene que estar presente dentro del rango del intraparto hasta la 6ta semana. Como se sabe la mayor parte de trastornos hipertensivos maternos se resuelven al terminar el parto pero lo que no se sabe es con respecto a la historia natural de esta, en que tiempo exacto pueda desaparecer.

Ahora este Fenómeno hipertensivo puede estar asociado a patologías como Hipertensión gestacional, Hipertensión Crónica y la persistencia de la Preeclampsia.(22)

PSIQUIÁTRICAS:

Depresión Post parto:

La depresión posparto afecta a la mujer en el puerperio en los 3 a 6 primeros días luego del parto, este puede durar incluso hasta el año después del parto. No hay un periodo más susceptible de enfermar con trastornos psiquiátricos que este. Tiene una prevalencia de 10 a 15% a nivel mundial, la cual se observa más en puérperas por primera vez y en adolescentes. La mayoría de mujeres que desarrollan este cuadro nunca son tratadas pues no manifiestan sus problemas al personal de salud. Tampoco reciben apoyo de familiares, por lo cual no se tiene datos claros acerca de la progresión de la depresión. (23)

EMBARAZO A TÉRMINO:

Debido a que en el pasado uno para denominar si un parto era a Término tenía que estar comprendido entre 3 semanas antes y 2 semanas después de la fecha probable de parto y si esto ocurría así, entonces era señal que iban a ver resultados neonatales óptimos y si no estaba comprendido en este estarían asociado a dificultades respiratorias y mal pronóstico neonatal.

Debido a esta inexactitud en los momentos adecuados para que se produzcan resultados maternos-perinatales idóneos es que grupos de trabajo a nivel mundial se reunieron para uniformizar estas disyuntivas.

Finalmente es el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) el que da el concepto mucho más estructurado que el que antiguamente se usaba y lo clasifica de la siguiente forma: (24)

Recuadro 1. Clasificación recomendada de entregas a partir de 37 semanas de gestación

- Término temprano: 37 0/7 semanas a 38 6/7 semanas
- Término completo: 39 0/7 semanas a 40 6/7 semanas
- Término tardío: 41 0/7 semanas hasta 41 6/7 semanas
- Postparto: 42 0/7 semanas y más

Datos de Spong CY. Definición de embarazo "a término":
recomendaciones del Grupo de trabajo sobre embarazo "a término".
JAMA 2013; 309: 2445-6.

2.3. DEFINICIÓN DE LOS CONCEPTOS OPERACIONALES

EDAD: Es el total de lapso de tiempo a partir del nacimiento de una persona o individuo hasta la actualidad.(25)

NIVEL DE INSTRUCCIÓN: Es el rango más alto de educación que una persona pudo completar hasta la actualidad.(26)

PARIDAD: Cantidad de bebés nacidos vivos que presenta la mamá. (27)

N° CPN: Es totalidad de evaluaciones médicas ejecutadas en la gestación.(28)

TIPO DE PARTO: Es la elección de forma en la que se culminará una gestación, ya sea vaginal o cesárea.(29)

DURACIÓN DE PARTO: Es la suma del tiempo que transcurre desde la fase activa de la gestación hasta el alumbramiento.(30)

USO DE OXITÓCICOS: es el uso de una hormona artificial que ayuda en la iniciación del trabajo de parto.(31)

INDUCCIÓN DEL PARTO: es la utilización de diversos métodos estimuladores como hormonales y manuales para que inicie trabajo de parto.(32)

RPM: Es la pérdida de la integridad de bolsa gestacional que se da antes de iniciar el trabajo de parto.(33)

COMPLICACIÓN DE PARTO: Son los factores que influyen en la alteración de un parto normal y que lo lleva a tener repercusiones posteriores.(12)

VOLUMEN DE SANGRADO: Es la cantidad de pérdida del líquido elemento eritrocítico almacenados en los vasos sanguíneos de una persona al exterior.(34)

APGAR: Es una sistema de score para valorar la gravedad de un neonato.(35)

PESO NEONATAL: Es la cantidad en gramos con las que nace un bebé.(36)

IMC: Es un instrumento que me va a ayudar a determinar la cantidad de grasa que presenta una persona y la clasificará en rangos de normalidad o no.(38)

HEMOGLOBINA: Es el grado de hemoglobina que tiene una persona antes del parto.(39)

COMPLICACIÓN PUERPERAL: Es la repercusión post gestacional debido a alteraciones durante el parto o gestación.(12)

EMBARAZO A TÉRMINO: Es el periodo comprendido entre las 37 0/7 ss y las 41 6/7 ss según la ACOG.(24)

CAPITULO III

HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPOTESIS

3.1.1. Hipótesis General

- Existe asociación entre las Complicaciones puerperales y la clasificación de Embarazo a Término de la ACOG, en el Hospital de Vitarte, año 2018.

3.1.2. Hipótesis Específicas

- Las Hemorragias e infecciones puerperales son las complicaciones más frecuentes durante puerperio mediato, en el Hospital de Vitarte, año 2018.
- El Embarazo a Término según la “ACOG” está asociada a Complicaciones durante el puerperio, en pacientes del Hospital de Vitarte.
- Los factores Maternos preparto se asocian a las complicaciones puerperales.
- Los factores Perinatales están asociadas a las complicaciones puerperales.

3.2. VARIABLES

3.2.1. VARIABLES DEPENDIENTES

- Complicaciones Puerperales

3.2.2. VARIABLES INDEPENDIENTES

- Factores Preparto o Maternos:
 - Edad
 - Grado de Instrucción
 - Paridad
 - N° CPN
 - RPM
 - IMC
 - Hemoglobina
 - Embarazo a Término
- Factores Perinatales
 - Tipo de Parto
 - Duración de Parto Vaginal
 - Uso de Oxitócicos
 - Inducción de Parto
 - Complicación de Parto
 - Ápgar
 - Volumen del Sangrado

CAPÍTULO IV METODOLOGÍA

4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño del presente estudio es de tipo observacional, Retrospectivo analítico de tipo casos y controles

Es Observacional porque el investigador no realizará ninguna intervención en toda la población que se ha estudiado.

Es Analítico porque se realizará y se tratará de demostrar si hay alguna asociación en la prevalencia de las complicaciones puerperales y la edad gestacional al momento del parto en relación a la clasificación de embarazo a término de la ACOG, en el hospital de Vitarte año 2018.

Es de Caso y Control ya que los participantes fueron escogidos en relación si tienen o no tienen complicaciones puerperales según la clasificación de Embarazo a Término de la ACOG.

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

4.2.1. Población

Población de Estudio: Paciente en puerperio mediano y Embarazo a Término atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia, Hospital Vitarte.

4.2.2. Muestra

La muestra estuvo conformada por pacientes en puerperio mediano y Embarazo a término según la definición de casos y controles que se presenta a continuación:

Casos: Pacientes mujer con diagnóstico de cualquier complicación durante el puerperio y que tuvieron Embarazo a término según la ACOG.

Controles: Pacientes mujer sin diagnóstico de complicación durante el puerperio y que tuvieron Embarazo a término según la ACOG.

Para el cálculo del tamaño muestral se utilizó la calculadora entregada como parte del material didáctico durante el Curso de Titulación por Tesis de la Facultad de Medicina de la URP (Sample Size 2019), a su vez en esta calculadora se tuvo que seleccionar la opción de estudios para casos y control. En este tomaremos un nivel de confianza del 95%, su potencial estadístico será de 80%, la relación de controles por caso será de 1, necesiándose 133 casos y 133 controles y así tener un ODDS RATIO de 4,2. Asumiendo que la tasa de expuestos de los que son grupo control será del 0.033, usando como el factor de riesgo la Retención de Tejido Placentario, teniendo una prevalencia de 3,3% (20). Obteniendo finalmente un tamaño de muestra de 266 pacientes con Puerperio mediano y embarazo a Término.

P_2: FRECUENCIA DE EXPOSICIÓN ENTRE LOS CONTROLES	0.033
OR: ODDS RATIO PREVISTO	4.2
NIVEL DE CONFIANZA	0.95
PODER ESTADÍSTICO	0.8
r: NÚMERO DE CONTROLES POR CASO	1
NÚMERO DE CASOS EN LA MUESTRA	133
NÚMERO DE CONTROLES EN LA MUESTRA	133
n: TAMAÑO MUESTRA TOTAL	266

4.2.3. Tipo de Muestreo

Procedimiento de muestreo: Probabilístico

4.2.4. Criterios de Selección de la Muestra

4.2.4.1. Criterios de inclusión

- Paciente mujer con Embarazo a Término
- Paciente con complicación puerperal
- Paciente mujer entre 10-50 años
- Paciente con H.C. completa

4.2.4.2. Criterios de exclusión

- Pacientes que presentaron las complicaciones obstétricas previas al parto.
- Pacientes puérperas que no pertenecen a un embarazo a término según la ACOG.

4.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES (ANEXO)

4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se diseñó un formulario que incluyó las variables asociadas al tema de investigación ,las cuales fueron analizadas, estudiadas y se presentan a continuación : edad, control prenatal, paridad, tipo de parto, grado de instrucción ,RPM,IMC, duración de parto ,patología al momento de la hospitalización, complicación puerperal, hemoglobina, grado de sangrado, si presentaron complicación de parto, el tipo de complicación de parto, si se usó oxitocina, si hubo inducción del parto, Ápgar del RN, peso del RN y embarazo a

término. Esta ayuda que nos da este cuestionario fue potenciada dado que la totalidad fueron preguntas cerradas que ayudaron en la parte estadística.

4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS

Todas estas fichas conteniendo información precisa para el estudio y todos sus datos serán recabados en un documento Excel.

Una vez recopilada fue exportada al programa SPSS, donde se realizó todo el plan de análisis estadístico.

4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Toda la información que se pudo recolectar de las historias clínicas de las pacientes según la definición de casos y controles fueron digitalizadas en una hoja de cálculo de Excel, posteriormente se procedió a validar la información revisando por segunda vez cada ficha y así evitar el posible error de digitación u omisión de datos que puedan contribuir a obtener resultados no veraces.

El análisis univariado

Según el plan de análisis del estudio, las variables cualitativas fueron analizadas mediante valores de frecuencia (n) y porcentajes (%), y los resultados se presentaron en tabla de frecuencia.

El análisis bivariado

Para identificar los factores que estén relacionados a complicaciones puerperales y estas a embarazo a término, se empleó la prueba estadística chi-cuadrado, luego se calcularon los ODDS RATIO (OR) crudos, acompañado de sus intervalos de confianza. Para los contrastes de hipótesis se utilizó un nivel de significancia de 0,05.

El análisis multivariado

Posteriormente aquellas variables que resultaron significativas del análisis bivariado fueron analizadas a través del modelo de regresión logística

utilizando como medida de asociación al ODDS RATIO (OR) ajustado y sus respectivos IC .

Los datos obtenidos fueron analizados mediante el software estadístico SPSS V.25.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Debido a que este estudio tiene un método de recolección de datos de forma secundaria o indirecta, este no ocasionará ningún daño a la integridad de los pacientes.

El único posible factor a tener en cuenta es evitar el reconocimiento directo o indirecto de mi unidad de análisis, por lo que se tratará de codificarlos de una forma bien establecida.

Durante el presente estudio el investigador tendrá la responsabilidad de salvaguardar el completo anonimato de todos los sujetos de estudio. De tal forma que se tratará de cumplir la regulación de aprobación de protocolos de investigación del Hospital Vitarte, y este mismo será sometido a aprobación por parte del comité de investigación de dicho hospital.

4.8 Limitaciones de la investigación

- Podría encontrarse algún grado de sesgo de la selección al momento de solicitar las historias clínicas al departamento de archivos ya que no todas las historias están disponibles, varias pueden estar siendo usadas en los distintos consultorios como parte de sus controles prenatales.
- Debido a que el hospital no cuenta con una gran infraestructura y sus dimensiones nos son de gran envergadura, posiblemente la cantidad de los casos que se puedan hallar no sean los que uno pudiera desear y talvez no tenga una validez óptima que uno quisiera tener.

CAPITULO V

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por 266 pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Vitarte (definición de la muestra), de las cuales 133 presentaron complicaciones puerperales (muestra de casos) y 133 no presentaron este tipo de complicaciones (muestra de controles).

En la **tabla 1** muestra que del total de pacientes estudiadas de acuerdo a los Grupos etarios, los comprendidos entre 20-34 años representó el 71,3%, fueron los más frecuentes; según Grado de Instrucción la mayoría tuvieron secundaria completa con 73,1% y la minoría no tuvo educación con 2,2%; en relación a la Paridad la mayoría de puérperas fueron Primíparas con 44,8%, siguiéndoles las Multíparas con 41,8%; las mujeres que presentaron CPN Suficientes fueron el 72,4% y las que tuvieron CPN Insuficientes fueron el 27,6%; la mayoría no tuvo RPM con 93,3% y las que sí tuvieron RPM representaron el 6,7%; de acuerdo al IMC el Peso Normal representó el 82,8%, seguido del Sobrepeso con 15,7%; la mayoría tuvieron Hemoglobina Normal representando el 59,7% y Anemia Leve el 29,5%; las puérperas tuvieron más frecuentemente Embarazo a Término Completo siendo el 75%, seguido de Término Temprano el 18,3% y Embarazo a Término Tardío el 6,7%.

Tabla 1. Factores Maternos Preparto de Puérperas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vitarte año 2018.

Variables	Factores Maternos Preparto	
	n	%
Grupos etarios		
10 a 19	26	9,7%
20 a 34	191	71,3%
>= 35	51	19,0%
Grado de Instrucción		
Sin educación	6	2,2%
Primaria	57	21,3%
Secundaria	196	73,1%
Superior	9	3,4%
Paridad materna		
nulípara	36	13,4%
primípara	120	44,8%
multípara	112	41,8%
Número de CPN		
Insuficientes	74	27,6%
Suficientes	194	72,4%
RPM		
si	18	6,7%
no	250	93,3%
IMC		
Normopeso	222	82,8%
Sobrepeso	42	15,7%
Obesidad Tipo 1	4	1,5%
Obesidad Tipo 2	0	0,0%
Obesidad Mórbida	0	0,0%
Grados de Hemoglobina		
Normal	160	59,7%
Anemia Leve	79	29,5%
Anemia Moderada	29	10,8%
Anemia Severa	0	0,0%
Embarazo a Término		
Temprano	49	18,3%
Completo	201	75,0%
Tardío	18	6,7%

Fuente: Datos recabados por el autor

Según la **tabla 2** de todo el grupo estudiado las que tuvieron parto Vaginal representaron el 77,2% siendo las más frecuentes y las que tuvieron Cesárea fueron el 22,8%, los que no usaron Oxitócicos representaron el 94% siendo los más frecuentes; la mayoría no tuvo Inducción del Parto

representando el 94%; en relación a la complicación del parto la mayoría no la tuvo representando el 81%; respecto a la duración de parto vaginal la mayoría tuvo una duración Normal representando el 79,8%; según la duración de la Cesárea la mayoría tuvo una duración Normal representando el 90,2%; la mayoría de los hijos de las puérperas tuvieron un Ápgar Adecuado representando el 99,6%; en relación al Peso del recién nacido el Peso Normal representó el 96,6% finalmente el Grupo de sangrado más frecuente fueron ≤ 500 cc y representó el 91,4% seguido del grupo de 501-1000cc con 8,6%.

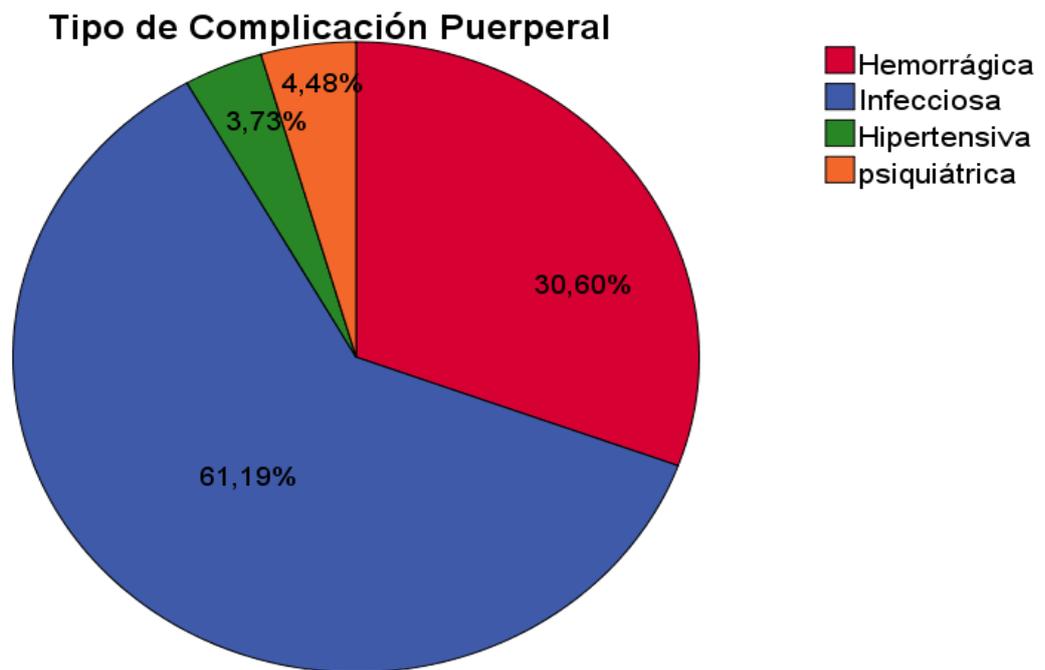
Tabla 2. Factores Perinatales de Puérperas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vitarte año 2018.

Variables	Factores Perinatales	
	n	%
Tipo de Parto		
vaginal	207	77,2%
cesárea	61	22,8%
Uso de Oxitócicos		
si	16	6,0%
no	252	94,0%
Inducción de parto		
si	16	6,0%
no	252	94,0%
Complicación Parto		
si	51	19,0%
no	217	81,0%
Duración del Parto		
Normal	202	79,8%
Prolongado	8	3,2%
Precipitado	43	17,0%
Apgar del Recién Nacido		
Adecuado	267	99,6%
Depresión Moderada	1	0,4%
Depresión Severa	0	0,0%
Grado del Sangrado		
≤ 500 cc	245	91,4%
501-1000cc	23	8,6%
>1000 cc	0	0,0%

Fuente: Datos recabados por el autor

Entre las complicaciones estudiadas, las más frecuentes fueron las Infecciosas con 61,19%, seguida de las Hemorrágicas con 30,60%, las Psiquiátricas un 4,48% y las Hipertensivas 3,73%. **(Gráfico 1)**

Gráfico 1. Tipo de complicación durante el puerperio en el servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital Vitarte año 2018.



En la **tabla 3** se muestra el análisis bivariado del Embarazo a Término y la presencia de complicación puerperal, donde si bien en el E. Término Completo se presentó con mayor frecuencia las complicaciones puerperales (69,2%), este no presentó asociación estadística con la complicación puerperal, en el caso del a Término Temprano tampoco representó un aumento de la probabilidad de complicación puerperal ni significancia estadística (OR: 0,910(0,396-2,089) /p: 0,669), de igual forma el E. Término Tardío no tuvo asociación estadística con la complicación puerperal.

Tabla 3. Análisis Bivariado de Embarazo a Término y Presencia de Complicación Puerperal en el Servicio de Ginecología- Obstetricia del Hospital Vitarte, año 2018.

Embarazo a Término	Presencia de Complicación				p	OR crudo e IC AL 95%
	Con Complicación		Sin Complicación			
	n	%	n	%		
Temprano	32	24,1%	17	12,6%	0,058	2,23(1,16-4,27)
Tardío	9	6,8%	9	6,7%		1,18(0,45-3,11)
Completo	92	69,2%	109	80,7%		*

Fuente: Datos recabados por el autor

* Categoría de Referencia

p: Significancia según prueba de Chi cuadrado

Esta **tabla 4** muestra el análisis bivariado de los factores maternos en donde el tipo de parto que presentó más frecuencia de los que tuvieron complicación puerperal fue el Vaginal con 75,2%, no mostrando significancia estadística; por otro lado el uso de oxitócicos aumentó 16 veces las probabilidades de presentar complicación puerperal además de significancia estadística 16,765(2,181-128,840)/p=0,00; de igual forma la Inducción de parto es un factor que aumenta la probabilidad de generar complicación puerperal 16,765(2,181-128,840)/p=0,00; en relación a la complicación de parto también demostró aumentar 5 veces la probabilidad de realizar complicación durante el puerperio 5,467(2,604-11,477); de acuerdo a la duración de parto vaginal de los que presentaron complicación la mayoría tuvo una duración Normal 81,5% y mostró significancia estadística; así mismo el Ápgar no tuvo asociación

estadísticamente significativa; en relación al Grado de sangrado que presentó más frecuencia de los que tuvieron complicación puerperal fue ≤ 500 cc con 91,7%, no mostrando significancia estadística; con respecto al grupo etario , el grupo etario ≥ 35 representó un factor protector contra la complicación puerperal; según Grado de Instrucción el grupo que tuvo secundaria completa fue el más frecuente con 70,7% aun así no presentó significancia estadística; el N°CPN insuficientes demostró aumentar 3 veces la probabilidad de presentar complicación puerperal; de los que presentaron complicación la mayoría no presentó RPM con 91%, no siendo esta variable estadísticamente significativo; según la paridad materna , las multíparas y las nulíparas son factores que aumentan la probabilidad de presentar complicación puerperal según análisis bivariado; de acuerdo al IMC el sobrepeso representó un factor protector contra la complicación puerperal $0,329(0,164-0,658)/p=0,001$ al igual que la Anemia $0,338(0,204-0,563)/p=0,000$.

Tabla 4. Análisis Bivariado de los Factores Maternos y perinatales según Presencia de Complicación Puerperal en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vitarte, año 2018.

Factores Maternos y Perinatales	Presencia de Complicación				p	OR crudo e IC AL 95%
	Con Complicación		Sin Complicación			
	n	%	n	%		
Tipo de Paro						
vaginal	100	75,2%	107	79,3%	0,466	0,808(0,456-1,433)
cesárea	33	24,8%	28	20,7%		
Uso de Oxitócicos						
si	15	11,3%	1	0,7%	0,00	16,765(2,181-128,840)
no	118	88,7%	134	99,3%		
Inducción de parto						
si	15	11,3%	1	0,7%	0,00	16,765(2,181-128,840)
no	118	88,7%	134	99,3%		
Complicación Parto						
si	41	30,8%	10	7,4%	0,00	5,467(2,604-11,477)
no	92	69,2%	125	92,6%		
Duración del Parto Vaginal						
Prolongado	7	5,9%	1	0,7%	0,019	7,58(0,92-62,71)
Precipitado	15	12,6%	28	20,9%		0,58(0,29-1,15)
Normal	97	81,5%	105	78,4%		*
Apgar del recién Nacido						
Depresión Moderada	1	0,7%	1	0,7%	0,421	1,32(0,26-3,17)
Depresión Severa	1	0,7%	0	0,0%		0,94(0,02-1,78)
Adecuado	131	98,4%	133	99,3%		*
Grado del Sangrado						
501-1000cc	11	8,3%	12	8,9%	0,827	0,92(0,39-2,17)
>1000cc	0	0,0%	0	0,0%		0,00
<=500cc	122	91,7%	123	91,1%		*
Grupos etarios						
10 a 19	15	11,3%	11	8,1%	0,021	1,22(0,53-2,78)
>= 35	17	12,8%	34	25,2%		0,45(0,23-0,85)
20 a 34	101	75,9%	90	66,7%		*
Grado de Instrucción						
Sin educación	3	2,3%	3	2,2%	0,166	3,5(0,37-32,97)
Primaria	34	25,6%	23	17,0%		5,7(0,99-27,16)
Secundaria	94	70,7%	102	75,6%		3,23(0,65-15,92)
Superior	2	1,5%	7	5,2%		*
Número de CPN						
Insuficientes	51	38,3%	23	17,0%	0,00	3,228(1,818-5,732)
Suficientes	82	61,7%	112	83,0%		*
RPM						
si	12	9,0%	6	4,4%	0,143	2,098(0,764-5,766)
no	121	91,0%	129	95,6%		*
Paridad materna						
nulipara	30	22,6%	6	4,4%	0,00	9,63(3,71-25,02)
multipara	62	46,6%	50	37,0%		2,39(1,41-4,06)
primipara	41	30,8%	79	58,5%		*
IMC						
Sobrepeso	33	24,6%	13	9,7%	0,001	0,329(0,164-0,658)
Normopeso	101	75,4%	121	90,3%		*
Hemoglobina						
Anemia	71	53,0%	37	27,6%	0,00	0,338(0,204-0,563)
Normal	63	47,0%	97	72,4%		*
Embarazo a Término						
Temprano	32	24,1%	17	12,6%	0,058	2,23(1,16-4,27)
Tardío	9	6,8%	9	6,7%		1,18(0,45-3,11)
Completo	92	69,2%	109	80,7%		*

Fuente: Datos recabados por el autor

* Categoría de Referencia

p: Significancia según prueba de Chi cuadrado

En la **Tabla 5** podemos ver el análisis multivariado de los factores maternos y perinatales que resultaron tener significancia estadística en las tablas bivariadas de las cuales tuvieron asociación con las complicaciones puerperales las siguientes: la Multiparidad con OR:2,292(1,224-4,294)/p=0,010; N° CPN insuficientes OR:4,517(2,13-9,219)/p=0,00; el Sobrepeso con un OR:3,937(1,614-9,602)/p=0,03; la Anemia OR:4,318(2,273-8,203)/p=0,00 y la Complicación de Parto OR:6,986(2,810-17,370)/p=0,00.

Tabla 5. Análisis Multivariado de los Factores Maternos y perinatales según Presencia de Complicación Puerperal en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vitarte año 2018.

Factores Maternos y perinatales	OR crudo e IC AL		OR ajustado e IC AL	
	95%	p	95%	p
Uso de Oxitócicos				
si	16,765(2,181-128,840)	0,00	4,052(0,003-4890,426)	0,699
no	*		*	
Inducción de parto				
si	16,765(2,181-128,840)	0,00	1,492(0,001-1865,621)	0,912
no	*		*	
Complicación Parto				
si	5,467(2,604-11,477)	0,00	6,986(2,810-17,370)	0,00
no	*		*	
Número de CPN				
Insuficientes	3,228(1,818-5,732)	0,00	4,517(2,13-9,219)	0,00
Suficientes	*		*	
Paridad materna				
Nulípara	9,63(3,71-25,02)		7,673(2,470-23,841)	0,824
multípara	2,39(1,41-4,06)		2,292(1,224-4,294)	0,010
Primípara	*	0,00	*	
Grupos etarios				
10 a 19	1,22(0,53-2,78)	0,021	1,31(0,55-2,94)	0,721
>= 35	0,45(0,23-0,85)		0,48(0,27-0,91)	
20 a 34	*		*	
Embarazo a Término				
Temprano	2,23(1,16-4,27)		0,910(0,396-2,089)	0,669
Tardío	1,18(0,45-3,11)		0,525(0,124-2,212)	0,824
Completo	*	0,058	*	
IMC				
Sobrepeso	0,329(0,164-0,658)	0,001	3,937(1,614-9,602)	0,03
Normopeso	*		*	
Hemoglobina				
Anemia	0,338(0,204-0,563)	0,00	4,318(2,273-8,203)	0,00
Normal	*		*	

Fuente: Datos recabados por el autor

* Categoría de Referencia

p: Significancia según prueba de Chi cuadrado

5.2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Según el Tipo de complicación que predominó durante el puerperio, fueron las complicaciones Infecciosas 61,19% las más frecuentes seguida de las Hemorrágicas 30,60% cuyo resultado es muy similar al obtenido por Vargas Malena en un Hospital de Perú en el año 2017, donde las Infecciosas fueron el 63,88% seguida de las Hemorrágicas 36,12%, según estos resultados se puede deber a la falta de equipamiento sanitario para el personal de salud como también a la falta de responsabilidad de los padres a la asistencia de los CPN.

Según el análisis bivariado de la asociación entre Embarazo a Término y presencia de complicación; si bien en E. Término Completo se presentó con mayor frecuencia las complicaciones puerperales (69,2%), este no presentó asociación estadística con la complicación puerperal, en el caso del a Término Temprano tampoco representó un aumento de la probabilidad de complicación puerperal ni significancia estadística (OR: 0,910(0,396-2,089) /p: 0,669), de igual forma el E. Término Tardío no tuvo asociación estadística con la complicación puerperal. Finalmente en el análisis multivariado ninguno de los que representa Embarazo a Término según la ACOG tuvo asociación significativa ni representó un aumento de la probabilidad de generar complicación puerperal. Estos resultados podrían deberse a que si bien hay partos que se producen de forma temprana (E. Término Temprano) y otros que se desarrollan muy tardíamente (E. Término Tardío) al parecer esto no influye mucho en desarrollar complicaciones puerperales talvez porque la anatomía materna está totalmente preparada para presentar el parto sin inconvenientes posteriores, en la clasificación a Término.

Luego de haber analizado todas las Variables Maternas Preparto presentaron relación con las complicaciones las siguientes como CPN insuficientes tuvo una asociación estadísticamente significativa para el

desarrollo de complicación puerperal con un Odds Ratio de 4,517 y un valor de $p=0,00$. Que a diferencia del estudio realizado por Huvin Karen (16) donde menciona que si bien los CPN insuficientes le representa 1,06 veces mayor probabilidad de complicación, no tuvo significancia estadística con un $p=0,671$. Estos resultados de ambos trabajos puedan parecer muy lógicos ya que una madre si no previene todos los riesgos que pueda tener durante la gestación esto incrementaría la posibilidad de que presente complicaciones no solo en el parto si no en el puerperio.

Al igual que la Multiparidad en los resultados mostró evidencia que hay un valor de asociación significativa con la presencia de complicación puerperal con un Odds Ratio de 2,292 y un $p=0,010$. En contraste con el estudio realizado por Bustos Dany (14) en el año 2016 donde nos dice que la Primiparidad puede incrementar hasta 5,76 la frecuencia de complicación puerperal(OR:5,76) a su vez siendo este factor significativo($p=0,013$). Si bien ambos trabajos tuvieron resultados diferentes se puede concluir que la paridad en si representa un factor que aumenta la probabilidad de complicación durante el puerperio.

También se produjo un valor significativo del Sobrepeso y su asociación para desarrollar complicación puerperal teniendo un Odds Ratio de 3,937 y un $p=0,03$. En el estudio realizado por Pereira Kevin (13) en el año 2018 en Perú, donde menciona datos similares, teniendo que la Obesidad tipo II representó 7,96 veces mayor probabilidad para complicación puerperal(OR:7,96) siendo este estadísticamente significativo. Sabemos que la obesidad es una comorbilidad que aumenta el riesgo de enfermedades vasculares, endocrinas entre otras, por lo que es razonable que represente un factor de riesgo de complicación.

Además el presentar Anemia tuvo un resultado significativo de un $p=0,00$ y un OR: 4,318, representando este un factor que aumenta la probabilidad para desarrollar complicación puerperal a diferencia del estudio hecho por Parodi Jordán (15) en el 2016 donde se concluyó que la presencia de Anemia no tuvo significancia estadística con un $p=0,859$ para que se pueda

producir complicación, mientras que en el trabajo realizado por Pereira Kevin (13) en el 2018 el tener Anemia Leve incrementa hasta 4,34 veces la frecuencia para generar complicación puerperal tipo ITU. Teniendo estos resultados se puede decir que como sabemos, la anemia está asociada a disminución de las defensas y esto puede llevar a infecciones por colonización de bacterias y otras complicaciones.

Finalmente de todas las Variables Perinatales analizadas solo se obtuvo valor significativo a la presencia de Complicación durante el parto, con un Odds Ratio de 6,98 y un valor de $p=0,00$, el cual comparado con el trabajo de Huvín Karen (16) realizado en el año 2018 donde mencionan también un 2,25 veces mayor probabilidad de presentar la complicación durante el puerperio además teniendo un $p=0,001$. Esto tal vez puede producirse porque durante el parto es el momento idóneo donde cualquier error es repercutido en el puerperio a través de una complicación.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

De todas las complicaciones que se presentaron las más frecuentes fueron las Infecciones puerperales con 61,19% seguida de las Hemorragias puerperales 30,60%.

No se presentó asociación estadística significativa entre las pacientes con Embarazo a Término y las complicaciones durante el puerperio.

De todas las Variables Maternas Preparto las que tuvieron asociación para desarrollar complicaciones puerperales son °N CPN insuficientes que tiene 4,5 veces mayor probabilidad de presentarlo, de igual forma la Multiparidad presentando 2,2 veces mayor probabilidad de generar estas complicaciones.

También hubo otros factores asociados como el Sobrepeso que presentó 3,9 veces mayor probabilidad de generar complicación puerperal así como la Anemia que tuvo 4,3 veces mayor probabilidad de generarlas.

Según el análisis de los Factores perinatales la presencia Complicación durante el parto tiene 6,9 veces mayor probabilidad de presentar la complicación durante el puerperio.

6.2. RECOMENDACIONES

Se sugiere que luego de observar la gran cantidad de complicaciones puerperales que se están presentando en las últimas décadas persisten y también ver que las madres no tienen la cantidad idónea de controles prenatales, es por eso que se debería mejorar la concientización de las madres a través de programas educativos, charlas y visitas domiciliarias para que así se puedan evitar todos estos factores de riesgo que termina en el peor de los casos en la muerte materna.

Se sugiere que los siguientes investigadores puedan realizar otro estudio con una mayor cantidad en la muestra poblacional o incluso poder abarcar más instituciones de salud para que los resultados sean lo más significativo posible.

Se sugiere que se pueda incluir con más frecuencia el factor estudiado en este trabajo que es el Embarazo a Término como también variables que no fueron contempladas como los datos característicos del líquido amniótico, la cantidad de tactos vaginales realizados o si tuvo evaluación psicológica postparto, debido a que no están consignadas dentro de la historia clínica pero representan grande factores de riesgo para desarrollar complicación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mortalidad materna [Internet]. [citado 15 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
2. del Carpio Ancaya L. Situación de la mortalidad materna en el Perú, 2000 - 2012. Rev perú med exp salud publica. julio de 2013;30(3):461-4.
3. Mitchell C, <https://www.facebook.com/pahowho>. OPS/OMS | Once países de América Latina y el Caribe registraron avances en la reducción de la mortalidad materna, según nuevo informe de la ONU [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2014 [citado 15 de marzo de 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9552:2014-11-countries-latin-america-caribbean-reduced-maternal-mortality-new-data-show&Itemid=1926&lang=es
4. Guevara-Ríos E. Estado actual de la mortalidad materna en el Perú. Investigación Materno Perinatal. 17 de octubre de 2019;5(2):7-8.
5. Marrón-Peña M. Mortalidad materna: un enfoque histórico. Rev Mex Anest. 21 de febrero de 2018;41(1):59-63.
6. Gil F. Situación Epidemiológica de la Muerte Materna en el Perú 2015. 2015;25 (4):66 – 74.
7. Bustan RV. Complicaciones en Pacientes con Puerperio Inmediato Atendidas en el Servicio de Ginecología de Hospital Provincial General Docente Riobamba. Año 2008 [Internet] [Tesis]. [Riobamba-Ecuador]: ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO; 2010 [citado 15 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://dspace.epoch.edu.ec/handle/123456789/185>
8. Naul L, Quiñones C. Complicaciones del puerperio inmediato en pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-2013. Revista Latinoamericana de Hipertensión. 2019;Vol. 14:205-6.
9. Martínez K, Brizuela E. Prevalencia de complicaciones puerperales y factores asociados en mujeres atendidas en el Hospital José Nieborowski de la Ciudad de Boaco durante el 2014 [Internet] [Tesis]. [Nicaragua]: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; 2015 [citado 15 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/3637/>
10. Briones C, Medrano A, Paladines E, Chang A. Factores de riesgo y complicaciones más frecuentes del puerperio: estudio realizado en el hospital materno infantil Mariana de Jesús. Medicina. 2002;8(2):110-3.
11. Ngwenya S. Postpartum hemorrhage: incidence, risk factors, and outcomes in a low-resource setting. Int J Womens Health. 2 de noviembre de 2016;8:647-50.

12. Vargas M. Factores asociados a las complicaciones que se presentan durante el puerperio en un hospital general, Perú - 2016 [Internet] [Tesis]. [Lima – Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017 [citado 15 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/6165>
13. Pereira C, Pereira K. Factores que se asocian a las complicaciones durante el puerperio en el Hospital María Auxiliadora (HAMA) Lima - Perú. [Internet] [Tesis]. [Cusco-Perú]: Universidad Andina del Cusco; 2018 [citado 15 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.uandina.edu.pe:8080/xmlui/handle/UAC/1446>
14. Bustos D. Factores asociados a complicaciones en pacientes postcesareadas del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Lima 2014 [Internet] [Tesis]. [Lima – Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016 [citado 15 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4698>
15. Parodi J. Complicaciones maternas durante el trabajo de parto y puerperio en gestantes con anemia atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, año 2015 [Internet] [Tesis]. [Lima – Perú]: Universidad nacional Mayor de San Marcos; 2016 [citado 15 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4829>
16. Cruz HDL, Yessenia K. Factores asociados a complicaciones puerperales en mujeres peruanas: Subanálisis Endes 2016 [Internet] [Tesis]. [Lima – Perú]: Universidad federico Villarreal; 2018 [citado 15 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/1716>
17. Quilodrán M, Et Al. Norma General Técnica para la Atención Integral en el Puerperio. 1ª edición. Santiago-Chile; 2015. 30-33 p.
18. Octavio M. ASPECTOS CLINICOS DEL PUERPERIO. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. 1996;3:3-4.
19. Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico del Perú SE 22-2019. Boletín Epidemiológico. 26 de mayo de 2019;28:3-4.
20. Belfort M. Descripción general de la hemorragia posparto [Internet]. EEUU; 2019 dic p. 1-4. Disponible en: [https://bibvirtual.upch.edu.pe:2050/contents/overview-of-postpartum-hemorrhage?search=hemorragia post parto&source=search_UpToDate](https://bibvirtual.upch.edu.pe:2050/contents/overview-of-postpartum-hemorrhage?search=hemorragia%20post%20parto&source=search_UpToDate).
21. B. Bezares, O. Sanz, I. Jiménez. Patología puerperal. An Sist Sanit Navar. 2009;32 (Supl. 1):170-3.
22. Ortiz Martínez R, Rendón CA, Gallego CX, Chagüendo JE. Hipertensión/preeclampsia postparto, Recomendaciones de manejo según escenarios clínicos, seguridad en la lactancia materna, una revisión de la literatura. Rev chil obstet ginecol. abril de 2017;82(2):219-31.

23. Candia Y, Rosario C del. Factores asociados a depresión posparto en púerperas del servicio de obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza [Internet] [Tesis]. [Lima – Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017 [citado 15 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/5990>
24. American College of Obstetricians and Gynecologists. Definition of Term Pregnancy - ACOG [Internet]. Women's Health Care Physician. [citado 15 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Definition-of-Term-Pregnancy?IsMobileSet=false>
25. ASALE R-, RAE. edad | Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 19 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://dle.rae.es/edad>
26. ASALE R-, RAE. instrucción | Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 19 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://dle.rae.es/instrucción>
27. Monleón-Sancho J, Baixauli C, Mínguez J, Ródenas JJ, Plana A, Monleón J. Edad y paridad de la mujer en el momento del parto. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. 1 de enero de 2001;28(7):273-9.
28. Susana Aguilera P, Peter Soothill MD. Control Prenatal. Revista Médica Clínica Las Condes. 1 de noviembre de 2014;25(6):880-6.
29. Soto L C, Teuber L H, Cabrera F C, Marín N M, Cabrera D J, Da Costa S M, et al. EDUCACIÓN PRENATAL Y SU RELACIÓN CON EL TIPO DE PARTO: UNA VÍA HACIA EL PARTO NATURAL. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2006;71(2):98-103.
30. Trabajo de Parto [Internet]. [citado 19 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=trabajodeparto-85-P04320>
31. Salvador MSA. Estudio de la función endotelial de los fármacos oxitócicos en la prevención de la hemorragia posparto: mecanismo de acción de la endotelina y óxido nítrico [Internet] [<http://purl.org/dc/dcmitype/Text>]. Universidad Complutense de Madrid; 2014 [citado 19 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=181685>
32. Arrieta OB, Yances BR, Ciodaro CM, Peñaranda WA, Aguilera JB. Inducción del trabajo de parto con Misoprostol Vs. Oxitocina. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 30 de marzo de 2000;51(1):8-11.
33. López-Osma FA, Ordoñez-Sánchez SA. Ruptura prematura de membranas fetales: de la fisiopatología hacia los marcadores tempranos de la enfermedad. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2006;57(4):279-90.

34. Díaz DC. Mortalidad materna y salud pública: décadas perdidas. Hemorragia postparto: morbimortalidad que podemos reducir. Revista de la Facultad de Medicina. 1 de julio de 2010;58(3):167-72.
35. León Pérez A, Ysidrón Yglesias E. Factores relacionados con el Apgar bajo al nacer. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. marzo de 2010;36(1):25-35.
36. Pacora P, Buzzio Y, Ingar W, Santiváñez Á. El peso del recién nacido sano según edad gestacional en una población de Lima. Anales de la Facultad de Medicina. septiembre de 2005;66(3):212-7.
37. Patología gestacional - Ginecología y Obstetricia - UAM [Internet]. StuDocu. [citado 19 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.studocu.com/es/document/universidad-autonoma-de-madrid/ginecologia-y-obstetricia/apuntes/patologia-gestacional/2396276/view>
38. Suárez Carmona W, Sanchez-Oliver A. Índice de masa corporal: ventajas y desventajas de su uso en la obesidad. Relación con la fuerza y la actividad física. 28 de noviembre de 2018;7:128-39.
39. Munares-García O, Gómez-Guizado G, Barboza-Del Carpio J, Sánchez-Abanto J. Niveles de hemoglobina en gestantes atendidas en establecimientos del Ministerio de Salud del Perú, 2011. Rev Peru Med Exp Salud Publica. septiembre de 2012;29:329-36.
40. De La Cruz-Vargas JA, Correa-López LE, Alatrística-Gutierrez de Bambaren M del S, Sánchez Carlessi HH, Luna Muñoz C, Loo Valverde M, et al. Promoviendo la investigación en estudiantes de Medicina y elevando la producción científica en las universidades: experiencia del Curso Taller de Titulación por Tesis. Educación Médica. Julio de 2019; 20(4):199-205.

ANEXOS (ANEXOS A)

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS
<p>¿Existirá asociación entre las Complicaciones Obstétricas puerperales y la clasificación de Embarazo a Término de la ACOG, en el Hospital de Vitarte, año 2018?</p>	<p>Objetivo General: Determinar la asociación entre las complicaciones puerperales y la clasificación de Embarazo a Término de la ACOG, en el Hospital de Vitarte, año 2018</p> <p>Objetivos específicos: Identificar las complicaciones más frecuentes que se dan durante puerperio mediato. Determinar si el Embarazo a término está asociado a complicaciones durante el puerperio en pacientes del Hospital de Vitarte. Determinar si los factores maternos preparto se asocian a las complicaciones puerperales. Determinar si los factores perinatales se asocian a las complicaciones puerperales.</p>	<p>Hipótesis General: Existe asociación entre las Complicaciones puerperales y la clasificación de Embarazo a Término de la ACOG, en el Hospital de Vitarte, año 2018</p> <p>Hipótesis específicas: Las Hemorragias e infecciones puerperales son las complicaciones más frecuentes durante puerperio mediato, en el Hospital de Vitarte, año 2018. El Embarazo a Término Temprano está asociado a la aparición de complicaciones puerperales. El Embarazo a Término Completo está asociado a la aparición de complicaciones puerperales. El Embarazo a Término Tardío está asociado a la aparición de complicaciones puerperales. Los factores maternos preparto y perinatales se asocian a las complicaciones puerperales.</p>	<p>Variables Dependientes: Complicaciones Puerperales</p> <p>Variables Independientes: Factores Preparto o Maternos: - Edad - Grado de Instrucción - Paridad - N° CPN - RPM - IMC - Hemoglobina - Embarazo a Término</p> <p>Factores Perinatales - Tipo de Parto - Duración de Parto - Uso de Oxitócicos - Inducción de Parto - Complicación de Parto - Ápgar - Volumen del Sangrado</p>	<p>El diseño del presente estudio es de tipo observacional, Retrospectivo analítico de tipo casos y controles</p> <p>Es Observacional porque el investigador no realizará ninguna intervención en toda la población que se ha estudiado.</p> <p>Es Analítico porque se realizará y se tratará de demostrar si hay alguna asociación entre las complicaciones puerperales y la clasificación de Embarazo a Término de la ACOG.</p> <p>Es de Caso y Control ya que los participantes fueron escogidos en relación si tienen o no tienen complicaciones puerperales según la clasificación de Embarazo a Término de la ACOG.</p>	<p>Se construyó un formulario que fue diseñado especialmente para esta investigación en la cual incluyeron una cantidad de variables, se cogió datos de filiación recolectadas de las historias clínicas además de otra información tales como : edad, control prenatal, paridad, tipo de parto, grado de instrucción ,RPM,IMC, duración de parto ,patología al momento de la hospitalización, complicación puerperal, hemoglobina, grado de sangrado, si presentaron complicación de parto, el tipo de complicación de parto, si se usó oxitocina, si hubo inducción del parto, Ápgar del RN, peso del RN y embarazo a término. Esta ayuda que nos da este cuestionario fue potenciada dado que la totalidad fueron preguntas cerradas que ayudaron en la parte estadística.</p>	<p>Toda la información que se pudo recolectar de las historias clínicas de los pacientes casos y control serán colocadas en hojas de Excel para posteriormente ver la exactitud de los datos se procedió a reevaluar y revisar por segunda vez ficha por ficha de recolección de datos y así evitar el posible error de digitación u omisión de datos que puedan contribuir a obtener resultados no veraces.</p> <p>El análisis univariado Según el plan de análisis del estudio, las variables cualitativas y cuantitativas fueron representadas y analizadas mediante valores de frecuencia (n) y porcentajes (%).</p> <p>El análisis bivariado Para nosotros poder identificar los factores que estén relacionados a complicaciones puerperales y estas a embarazo a término, se empleó la prueba estadística chi-cuadrado, luego se hallaron los factores de riesgo mediante el ODDS RATIO (OR) además de sus intervalos de confianza respectivos, se consideró estadísticamente significativo cuando la variable presentaba un $p < 0.05$.</p> <p>El análisis multivariado Posteriormente aquellas variables que resultaron significativas del análisis bivariado serán analizadas además de hallarse los OR ajustados y sus respectivos IC 95%. Todos los datos obtenidos fueron estudiados por el programa de estadística SPSS proporcionado por el instituto de investigación de la Univ. Ricardo Palma (INICIB).</p>

ANEXO 2: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	NATURALEZA	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	
FACTORES PREPARTO O MATERNOS	Edad	Lapso de tiempo a partir del nacimiento de una persona o individuo hasta la actualidad.	Independiente	Cuantitativa	Grupo Etario(10-19 años) Grupo Etario(20-34 años) Grupo Etario(>=3 años)	De razón continua
	Grado de Instrucción	rango más alto de educación que una persona pudo completar hasta la actualidad.	Independiente	Cualitativa	Ninguno Primaria Secundaria Superior	Nominal
	Paridad	Cantidad de bebés nacidos vivos que presenta la mamá.	Independiente	Cualitativa	Nulípara Primípara multipara	Nominal
	N° CPN	Totalidad de evaluaciones médicas ejecutadas en la gestación.	Independiente	Cuantitativa	Insuficientes(<6) Suficientes(>6)	Discontinua
	RPM	Pérdida de la integridad de bolsa gestacional que se da antes de iniciar el trabajo de parto.	Independiente	Cualitativa	Si No	Nominal Dicotómica
	IMC	Instrumento que me va a ayudar a determinar la cantidad de grasa que presenta una persona y la clasificará en rangos de normalidad o no.	Independiente	Cualitativa	Normopeso(18-24.9) Sobrepeso(25-29.9) Obesidad Tipo 1(30-34.9) Obesidad Tipo 2(35-39.9) Obesidad Mórbida(>=40)	Nominal
	Hemoglobina	Grado de hemoglobina que tiene una persona antes del parto.	Independiente	Cualitativa	(Normal >=11g/dl) (Anemia Leve 9-10.9g/dl) (Anemia Moderada 7-8.9g/dl) (Anemia Severa <7g/dl)	Nominal
	Embarazo a Término	Periodo comprendido entre las 37 0/7 ss y las 41 6/7 ss según la ACOG.	Independiente	Cualitativa	Temprano (37 0/7-38 6/7 ss.) Completo(39 0/7-40 6/7 ss) Tardío(41 0/7-41 6/7 ss)	Nominal

	VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	NATURALEZA	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
FACTORES PERINATALES	Tipo de Parto	Elección de forma en la que se culminará una gestación, ya sea vaginal o cesárea.	Independiente	Cualitativa	Vaginal Cesárea	Nominal
	Duración de Parto vaginal	Suma del tiempo que transcurre desde la fase activa de la gestación hasta el alumbramiento.	Independiente	Cualitativa	Vaginal: Normal (2-7 hrs) Prolongado(>7hrs) Precipitado(1hr)	Nominal
	Uso de Oxitócicos	Uso de una hormona artificial que ayuda en la iniciación del trabajo de parto.	Independiente	Cualitativa	Si No	Nominal Dicotómica
	Inducción de Parto	Utilización de diversos métodos estimuladores como hormonales y manuales para que inicie trabajo de parto.	Independiente	Cualitativa	Si No	Nominal Dicotómica
	Complicación de Parto	Los factores que influyen en la alteración de un parto normal y que lo lleva a tener repercusiones posteriores.	Independiente	Cualitativa	Si No	Nominal Dicotómica
	Complicación Puerperal	Repercusión post gestacional debido a alteraciones durante el parto o gestación.	Dependiente	Cualitativa	Sin Complicaciones atonía uterina desgarro postparto rotura uterina retención de tejido placentario dehiscencia uterina dehiscencia de episiotomía ITU puerperal Infección de Herida Operatoria Endometritis Puerperal Hipertensión Postparto depresión puerperal Otras	Nominal
	Volumen de Sangrado	Cantidad de pérdida del líquido elemento eritrocítico almacenados en los vasos sanguíneos de una persona al exterior.	Independiente	Cualitativa	<=500cc 501-1000cc >1000cc	Nominal
	Apgar	Tiempo que transcurre a partir del nacimiento de una persona o individuo hasta la actualidad	Independiente	Cualitativa	Adecuado(7-10) Depresión Moderada(4-6) Depresión Severa(1-3)	Nominal

ANEXO 3: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

ficha.....

Nº de H.C. _____

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad : _____

2. Grado de Instrucción :
 - a) Ninguno ()
 - b) Primaria Completa ()
 - c) Secundaria completa ()
 - d) Técnico/Superior ()

FACTORES OBSTÉTRICOS

3. Paridad(#hijos) : _____

4. Nº CPN: _____

FACTORES INTRAPARTO

5. Tipo de Parto
 - a) vaginal ()
 - b) cesárea ()

6. Duración del Parto Vaginal : _____

7. Uso de Oxitócicos

- a. Si ()
- b. No()

8. Inducción de parto

- a. Si ()
- b. No ()

9. RPM:

- a) Si ()
- b) No ()

10. Complicación Parto

- a) Si ()
- b) No ()

11. Volumen del Sangrado: _____

FACTORES NEONATALES:

12. Ápgar del RN _____

FACTORES PATOLÓGICOS MATERNOS

13. IMC:

- a) Normal()
- b) Sobrepeso()
- c) Obesidad tipo I()
- d) Obesidad tipo II()
- e) Obesidad mórbida()

14. Hemoglobina:

- a) ≤ 7 g/l ()
- b) 7 a 10g/l ()
- c) 10 a 11 g/l ()
- d) ≥ 11 g/l ()

15. Complicación durante el Puerperio:

- a) Atonía Uterina ()
- b) Retención de Tejido Placentario ()
- c) ITU puerperal
- d) Infección de herida operatoria ()
- e) Endometritis puerperal ()
- f) Desgarro postparto ()
- g) Dehiscencia uterina ()
- h) Dehiscencia de episiotomía ()
- i) Rotura Uterina ()
- j) Hipertensión postparto ()
- k) Depresión Puerperal ()
- l) Otros ()
- m) Sin complicaciones ()

16. Embarazo a Término:

- a) Temprano (37 0 /7 – 38 6/7 ss) ()
- b) Completo (39 0 /7 – 40 6/7 ss) ()
- c) Tardío (41 0 /7 – 41 6/7 ss) ()

17. Tipo:

- a) Caso ()
- b) Control ()

(ANEXOS B)

ANEXO 4: ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero
Oficina de Grados y Títulos

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis “**COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DURANTE PUERPERIO MEDIATO, EN RELACIÓN A LA NUEVA CLASIFICACIÓN DE EMBARAZO A TÉRMINO DE LA ACOG, EN EL HOSPITAL DE VITARTE, AÑO 2018**”, que presenta el Sr. **EDUARDO MONTENEGRO RIVERA**, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, declaran que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes:

Dr. Pedro Mariano Arango Ochante
ASESOR DE LA TESIS

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas
DIRECTOR DEL CURSO-TALLER

Lima, 29 de Setiembre de 2020

ANEXO 5: CARTA DE COMPROMISO DE ASESOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero

Instituto de Investigaciones de Ciencias Biomédicas
Oficina de Grados y Títulos
Formamos seres para una cultura de paz

Carta de Compromiso del Asesor de Tesis

Por la presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de Tesis del Bachiller de Medicina Humana, Sr. Eduardo Montenegro Rivera de acuerdo a los siguientes principios:

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana, sobre el proyecto de tesis.
2. Respetar los lineamientos y políticas establecidos por la Facultad de Medicina Humana y el INICIB, así como al Jurado de Tesis, designado por ellos.
3. Propiciar el respeto entre el estudiante, Director de Tesis Asesores y Jurado de Tesis.
4. Considerar seis meses como tiempo máximo para concluir en su totalidad la tesis, motivando al estudiante a finalizar y sustentar oportunamente
5. Cumplir los principios éticos que corresponden a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
6. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis, brindando asesoramiento para superar los puntos críticos o no claros.
7. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y que cumplan con la metodología establecida
8. Asesorar al estudiante para la presentación de la defensa de la tesis (sustentación) ante el Jurado Examinador.
9. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

Atentamente,

Dr. Pedro Mariano Arango Ochante

Lima, 29 de setiembre del 2020

**ANEXO 6: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS FIRMADO
POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA**



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

LICENCIAMIENTO INSTITUCIONAL RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO Nº 040-2016-SUNEDU/CD



Facultad de Medicina Humana
Manuel Huamán Guerrero

Oficio N° 2095-2019-FMH-D

Lima, 14 de junio de 2019

Señor
MONTENEGRO RIVERA EDUARDO
Presente.-

ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis “**COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DURANTE PUERPERIO MEDIATO, EN RELACIÓN A LA NUEVA CLASIFICACIÓN DE EMBARAZO A TÉRMINO DE LA ACOG, EN EL HOSPITAL DE VITARTE, AÑO 2018.**”, presentando ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médico Cirujano ha sido aprobado por el Consejo de Facultad en sesión de fecha jueves 13 de junio de 2019.

Por lo tanto, queda usted expedito con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente,

Dr. Menandro Ortíz Pretel
Secretario Académico

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

“Formamos seres humanos para una cultura de Paz”

Av. Benavides 5440 - Urb. Las Gardenias - Surco - Central: 708-0000
Apartado postal 1801, Lima 33 - Perú Anexos: 6010
E-mail: dec.medicina@urp.pe - www.urp.edu.pe/medicina Telefax: 708-0106

ANEXO 7: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR LA SEDE HOSPITALARIA



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital
Vitarte

DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES
"Año de la Lucha Contra la Corrupción y la Impunidad"

PROVEIDO DE INVESTIGACION N°039-2019

LOS QUE SUSCRIBEN:

Dra. Josefina Emperatriz Mimbela Otiniano

Directora del Hospital Vitarte

Dra. Rosa Bertha Gutarra Vílchez

Jefa de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

Dr. Pedro M. Arango Ochante

Jefe del Área de Investigación

Dejan Constancia que:

El Alumno.:

Eduardo Montenegro Rivera

Ha presentado su trabajo de Investigación titulado:



"COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DURANTE PUERPERIO MEDIATO, EN RELACIÓN A LA NUEVA CLASIFICACIÓN DE EMBARAZO A TÉRMINO DE LA ACOG, EN EL HOSPITAL DE VITARTE, AÑO 2018".

El cual ha sido autorizado para su ejecución en nuestra institución, no teniendo valor alguno en acciones en contra del estado.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL VITARTE

M.C. JOSEFINA E. MIMBELA OTINIANO
C.M.P. 19394 R.N.E. 12194
DIRECTORA

Lima, 23 de diciembre del 2019

ANEXO 8: ACTA DE APROBACIÓN DE BORRADOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMNA
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Oficina de Grados y Títulos

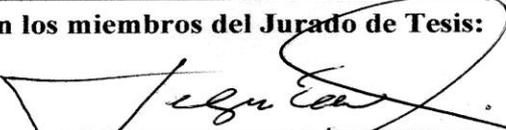
FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

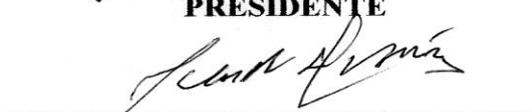
ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

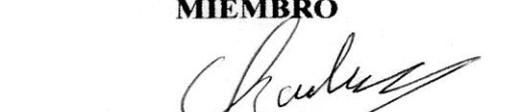
Los abajo firmantes, director, asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada “COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DURANTE PUERPERIO MEDIATO, EN RELACIÓN A LA NUEVA CLASIFICACIÓN DE EMBARAZO A TÉRMINO DE LA ACOG, EN EL HOSPITAL DE VITARTE, AÑO 2018”, que presenta el Señor EDUARDO MONTENEGRO RIVERA para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, dejan constancia de haber revisado el borrador de tesis correspondiente, declarando que este se halla conforme, reuniendo los requisitos en lo que respecta a la forma y al fondo.

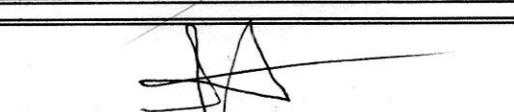
Por lo tanto, consideramos que el borrador de tesis se halla expedito para la impresión, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos, y ha sido revisado con el software Turnitin, quedando atentos a la citación que fija día, hora y lugar, para la sustentación correspondiente.

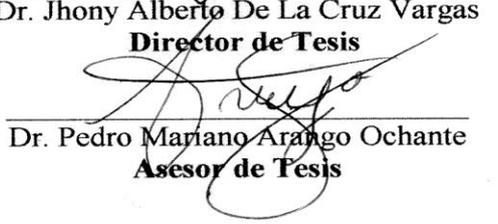
En fe de lo cual firman los miembros del Jurado de Tesis:


Dr. Hermes Raúl Ayala Sebastián.
PRESIDENTE


Dra. Consuelo Del Rocío Luna Muñoz
MIEMBRO


Prof. Willer David Chanduví Puicón
MIEMBRO


Dr. Jhony Alberto De La Cruz Vargas
Director de Tesis


Dr. Pedro Mariano Arango Ochante
Asesor de Tesis

Lima, 10 de octubre del 2020

ANEXO 9: IMPRESIÓN DEL TURNITIN

Autor: Eduardo Montenegro Rivera

“COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DURANTE PUERPERIO MEDIATO, EN RELACIÓN A LA NUEVA CLASIFICACIÓN DE EMBARAZO A TÉRMINO DE LA ACOG, EN EL HOSPITALDE VITARTE, AÑO 2018”.

INFORME DE ORIGINALIDAD

14%	13%	1%	8%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Ricardo Palma Trabajo del estudiante	2%
2	academica-e.unavarra.es Fuente de Internet	2%
3	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	Submitted to Universidad Autónoma de Ica Trabajo del estudiante	1%
5	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.uandina.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	medicosinternoshemil.blogspot.com Fuente de Internet	1%
8	docplayer.es	

ANEXO 10: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA MANUEL HUAMÁN GUERRERO

V CURSO TALLER PARA LA TITULACIÓN POR TESIS

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que el Sr.

EDUARDO MONTENEGRO RIVERA

Ha cumplido con los requerimientos del curso-taller para la Titulación por Tesis, durante los meses marzo, abril, mayo, junio y julio del presente año, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el Título de la Tesis:

**“COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DURANTE PUERPERIO
MEDIATO, EN RELACIÓN A LA NUEVA CLASIFICACIÓN DE
EMBARAZO A TÉRMINO DE LA ACOG, EN EL HOSPITAL DE
VITARTE, AÑO 2018.”**

Se extiende el presente certificado con valor curricular y válido por **06 conferencias académicas** para el Bachillerato, que considerándosele apto para la sustentación de tesis respectiva de acuerdo a artículo 14° del Reglamento vigente de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana, aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N°2583-2018

Lima, 11 de julio del 2019



Dr. Irion de La Cruz Vargas
Director del Curso Taller



Dra. María del Socorro Alatriza Gutiérrez Vda. de Bambarén
Decana