



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO**

**COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO INMEDIATO EN EDAD  
REPRODUCTIVA EXTREMA  
HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2017-  
2018**

**PRESENTADA POR  
JOSÉ CARLOS GALVÁN BULEJE**

**ASESOR  
MGTR. DORIS MEDINA ESCOBAR**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN  
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**LIMA – PERÚ  
2019**



**Reconocimiento  
CC BY**

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO**

**COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO INMEDIATO EN EDAD  
REPRODUCTIVA EXTREMA  
HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS  
2017-2018**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD  
EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTADO POR  
JOSÉ CARLOS GALVÁN BULEJE**

**ASESORA:  
MGTR. DORIS MEDINA ESCOBAR**

**LIMA, PERÚ**

**2019**

## ÍNDICE

	<b>Páginas</b>
<b>Portada</b>	i
<b>Índice</b>	ii
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	4
1.1 Descripción de la situación problemática	4
1.2 Formulación del problema	6
1.3 Objetivos	6
1.4 Justificación	7
1.5 Viabilidad y factibilidad	7
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	8
2.1 Antecedentes	8
2.2 Base teorías	14
2.3 Definición de términos básicos	20
<b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>	21
3.1 Formulación de la hipótesis	21
3.2 Variables y su operacionalización	21
<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA</b>	23
4.1 Tipo y diseño	23
4.2 Diseño muestral	23
4.3 Técnicas y procedimientos de recolección de datos	24
4.4 Procesamiento y análisis de datos	25
4.5 Aspectos éticos	26
<b>CRONOGRAMA</b>	27
<b>PRESUPUESTO</b>	28
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	29

<b>ANEXOS</b>	34
1. Matriz de consistencia	34
2. Instrumento de recolección de datos	35
3. Formato de juicio de expertos	36

## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 Descripción del problema**

En mujeres de 35 años de edad, el embarazo lleva consigo complicaciones maternas y perinatales por lo que es considerado como de alto riesgo obstétrico; y al igual que en menores de 19 años se clasifican como grupos de riesgo en las edades extremas de la vida (1).

En América Latina y el Caribe, las tasas de fecundidad en las adolescentes se han reducido ligeramente, así mismo continúan siendo las únicas regiones del mundo con una tendencia ascendente de embarazos en menores de 15 años y en este grupo es donde muchas de las complicaciones puerperales derivan en la muerte (2,3).

La Organización Mundial de la Salud cuenta con registros de 830 muertes diarias de puérperas por motivos evitables, por lo que en eso radica la importancia de proveer un abordaje adecuado y de esa forma contribuir a la reducción de las complicaciones del puerperio. A su vez, en comparación con mujeres de otras edades, las adolescentes corren mayor riesgo de muerte por efecto del embarazo (4).

En estudios retrospectivos de los últimos 10 años, se establecen como causas de muerte materna más frecuentes a la hemorragia postparto, sepsis puerperal y preeclampsia junto con factores demográficos (5).

Se tienen registros que 16 millones de mujeres entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año; además, con edades mayores o iguales a 35 presentaron tasas elevadas de morbimortalidad por casos de hemorragias o cuadros hipertensivos (6).

En la actualidad, debido a las transiciones culturales, económicas y sociales acontecidas en la sociedad mundial, en los registros del Instituto Nacional Materno Perinatal indican que en el periodo 2016, 4300 nacimientos pertenecen a gestantes con edad materna avanzada entre 35 -40 años de edad y 1222 a mayores de 40 (1).

El grupo etario entre 35 a 39 años presenta la mayor tasa de mortalidad materna según el informe de la mortalidad materna en el Perú del 2013 y la Encuesta Nacional Demográfica y Salud Familiar, esto debido a la postergación del embarazo a edades mayores que no solo traen problemas obstétricos sino también complicaciones que pueden dificultar la condición del embarazo hasta la posible muerte de las mujeres (7).

Los primeros lugares de las causas de muerte en servicios obstétricos alrededor del mundo son para las complicaciones puerperales, por lo que debe de ser vigilado y controlado (8). Las complicaciones del puerperio se ven relacionadas con numerosos factores, en el Perú, se mencionan que aproximadamente 63,8% pertenece a las infecciones puerperales, dentro de este grupo se encuentra la del tracto urinario, luego la hemorragia postparto con 36,1% estando la atonía uterina como causa más frecuente (9). Estas complicaciones aportan condiciones desfavorables para la gestante que generan impacto negativo en la familia y sociedad (10).

Resulta fundamental que la atención de partos sea por profesionales de salud calificados para el diagnóstico y tratamiento oportuno de las posibles complicaciones maternas y fetales; ya que las soluciones para las complicaciones del puerperio son de conocimiento del personal sanitario especialmente durante las primeras semanas postparto. Sin embargo, los datos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica del Perú aun revelan que las mujeres con más riesgo a morir en la etapa de embarazo, parto y puerperio están entre los 10 y 54 años, siendo

específicos en grupos entre 15 y 19 años, así como también entre los 35 y 39 años de edad, es decir, en edades reproductivas extremas (11).

Cabe resaltar que, durante el 2016, el 63% de las muertes maternas sucedieron en el puerperio, 58% en el inmediato, 10% en el mediano y 4% en el tardío, siendo causas básicas de muerte materna las hemorragias obstétricas seguidas de enfermedades hipertensivas del embarazo y sepsis junto con infecciones obstétricas (12).

## **1.2 Formulación del problema**

### **Problema principal**

¿Cuáles son las complicaciones en el puerperio inmediato en edad reproductiva extrema en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo 2017-2018?

## **1.3 Objetivos**

Determinar las complicaciones en el puerperio inmediato en edad reproductiva extrema en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo 2017-2018.

### **Objetivos específicos**

Describir las principales complicaciones maternas del puerperio inmediato en pacientes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo 2017-2018.

Describir las principales complicaciones maternas del puerperio inmediato en pacientes de edad avanzada atendidas en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo 2017-2018.

## **1.4 Justificación**

A nivel nacional, la mortalidad materna ha tenido mejoras a través de los últimos años; sin embargo, la mayor parte de las muertes corresponde al periodo del puerperio en adolescentes y edades maternas avanzadas, siendo de importancia el poder analizar las situaciones de ese periodo que conllevan al posible deceso materno. Mediante esta investigación se aportará al beneficio poblacional, ya que, si se realiza una detección oportuna de las complicaciones puerperales, no solo se mejorará el bienestar materno sino también de la familia y del sistema de salud. La relevancia del presente estudio radica en la proporción de información al personal de salud para el mejor abordaje de las complicaciones enfocado en un diagnóstico y tratamiento adecuado

La descripción amplia de las complicaciones puerperales a partir de la presente investigación, brinda un compromiso con el estado de salud materno hacia una mejora de la atención y calidad de vida después del parto hacia el futuro. Además, los datos obtenidos servirá como medidas de prevención durante el embarazo y parto, y de esa forma poder reducir las complicaciones y mortalidad de los grupos en edades reproductivas extremas.

## **1.5 Viabilidad y factibilidad**

Este estudio se considerará viable de realizar debido a que se cuenta con la disponibilidad para acceder a la información sobre el tema a investigar. Desde el punto de vista administrativo, se solicitarán con antelación los permisos correspondientes para la aprobación del proyecto de investigación tanto por la Universidad de San Martín de Porres como del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Finalmente, este estudio se considerará factible, ya que se tiene disponibilidad de recursos humanos, materiales y económicos necesarios para llevar a cabo los objetivos propuestos.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 1.1 Antecedentes

Galambosi et al., en el año 2017 desarrollaron una investigación cuyo propósito fue evaluar la incidencia y mortalidad de los eventos tromboembólicos e identificar los factores asociados durante los diferentes periodos del postparto. Fue un estudio de cohorte en 1169 puérperas. Los resultados reportaron que la mayor incidencia de estos eventos se dio en mujeres mayores de 35 años, donde la mayor proporción se concentró en el intervalo de 40 a 49 años (42,6%) principalmente en relación a la trombosis venosa profunda y durante el puerperio inmediato. Concluyeron que el riesgo de eventos tromboembólicos se mantuvo elevado en mujeres mayores de 35 años durante el puerperio inmediato (13).

Minjares-Granillo et al., en el año 2016, ejecutaron una investigación en México con el objetivo de comparar los resultados de embarazos maternos y recién nacidos de adolescentes y mujeres maduras. Fue un estudio trasversal donde 957 mujeres con embarazos únicos fueron incluidos. En los resultados, se encontró que el 34% de los partos fueron adolescentes, se encontró además como principal complicación la hemorragia postparto (16%), sin embargo no se encontraron asociación significativa entre ambos grupos. Las mujeres con más de 34 años tenían tendencia a la obesidad (Odds Ratio [OR] = 2.4, intervalo de confianza [IC] del 95%, 1.7-3.4). Concluyeron que la frecuencia de complicaciones maternas y perinatales fue similar en adolescentes y mujeres maduras (14).

Vendittelli F, et al., en el año 2016, ejecutaron una investigación que tuvo por objetivo estimar la incidencia de hemorragias postparto en puérperas inmediatas. El estudio fue observacional y prospectivo donde 4207 mujeres que dieron a luz con más de 22 semanas se incluyeron. Los resultados más resaltantes mencionan que la incidencia de esta afección se presentó en el 29,2% de las mujeres con más de 35 años y cuyo parto

fue por cesárea siendo ambas variables significativas ( $p < 0,001$ ) y cuya principal causa fue la atonía uterina (66,3%). Los autores concluyeron que el tratamiento de la atonía uterina así como la optimización de la pérdida sanguínea siguen siendo prioridades importantes principalmente en mujeres en edades extremas (15).

Chepchirchir M et al., en el año 2016, ejecutaron una investigación con el propósito de establecer la incidencia y tratamiento de sepsis puerperal entre las mujeres en edad reproductiva (15 y 49 años). Fue un estudio descriptivo y transversal, donde 215 mujeres con el diagnóstico de la afección mencionada se incluyeron en el estudio. Los resultados reportaron que el 59,1% de las mujeres menores de 25 años presentaron sepsis puerperal, principalmente. Los autores concluyeron que las puérperas con edades extremas tendrían mayores complicaciones durante esta etapa (16).

Hung H et al., en el año 2015, llevaron a cabo una investigación con el propósito de comparar las complicaciones postparto maternas a corto plazo asociadas con la vía de parto. El estudio fue analítico donde se incluyeron a 225 304 puérperas. Como resultados encontraron que la presencia de complicaciones se presentaron con mayor frecuencia en aquellas menores de 24 años encontraron, además, significancia entre ambas variables (OR: 0.9; IC al 95%: 0.8-1.05;  $p < 0,004$ ), donde la principal patología evidenciada durante el puerperio inmediato fue la hemorragia postparto ( $p < 0,001$ ). Los autores concluyeron que las mujeres en edades extremas son particularmente propensas a presentar complicaciones durante el puerperio inmediato principalmente aquellas menores de 24 años (17).

Martínez K, Brizuela E, en el 2015, desarrollaron una investigación en Nicaragua con el objetivo de determinar la prevalencia de las complicaciones puerperales y factores asociados en mujeres atendidas en el hospital José Nieborowski. El estudio fue de tipo descriptivo, observacional, retrospectivo de corte transversal basado en la revisión de expedientes de mujeres con complicaciones puerperales. Para el estudio,

se seleccionaron 110 mujeres de los 220 casos del hospital, entre los cuales se hallaron que el grupo más frecuente de complicaciones puerperales está entre los 15 y 19 años y el mayor porcentaje de las mujeres residían en zonas urbanas con un nivel de educación secundaria. Respecto a las complicaciones puerperales, 19.2% presento mastitis aguda, 15.7% endometritis, 10.5% congestión mamaria, 5.8% sepsis de la herida, 4.6% atonías uterinas y en menor proporción sepsis urinaria y tromboflebitis. La distribución de las afecciones mamarias, endometritis, atonías, sepsis, hipertensión arterial grave fueron estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ). Los autores concluyeron que las pacientes en estudio se caracterizaron por un predominio de edades en riesgo (especialmente adolescentes) procedentes del área urbana, de bajo nivel escolar, casadas o en unión estable, y principalmente ama de casa. A su vez, la prevalencia de complicaciones, hubo un predominio de las afecciones mamarias como la mastitis, endometritis, hemorragia postparto y sepsis (8).

Machado D, et al., en el 2015, desarrollaron una investigación en Cuba cuyo objetivo era determinar los resultados perinatales de las gestantes adolescentes del municipio Jaruco durante el 2012. El estudio analítico, longitudinal, prospectivo en embarazadas adolescentes menores de 20 años, 42 adolescentes para el grupo de expuestas (20 años a menos) y 45 en el no expuestas (20 años a más). Para la recolección de los datos se utilizó un formulario que fue llenado mediante la revisión de las historias clínica y obstétrica de las pacientes para analizar la influencia de la adolescencia en los resultados perinatales mediante las afecciones propias de la gestación y complicaciones neonatales y puerperales. Los autores hallaron en el grupo de expuestas 4 casos de sangramiento postparto, 9 casos de endometritis, 3 de infección urinaria, 5 de infección de herida y 3 de hematoma de herida; y en el grupo de no expuestas hallaron más casos de hematomas de herida (6) y 3 de infección respiratoria. Además, en el embarazo en la adolescencia también incrementa 2 veces el riesgo de distrés respiratorio en el recién nacido de manera significativa, así mismo aumenta 1,88 veces la probabilidad de

endometritis puerperal. Los autores concluyeron que el embarazo en la adolescencia incrementa el riesgo de resultados perinatales adversos, tanto para la madre, como para el recién nacido (18).

Torres I, et al., en el 2015, desarrollaron una investigación con la finalidad de describir las complicaciones que existen en un embarazo a término en adolescentes, mediante un estudio descriptivo de corte transversal. Para este estudio se hizo la recolección de datos durante abril a septiembre del 2014, en ambos grupos (adolescentes y adultas). Entre los principales resultados se obtuvo que el promedio de edad de las adolescentes fue de 17 años, al 63.6% de adolescentes se les realizó cesárea, siendo la causa más frecuente de cesárea la desproporción cefalopélvica. Además, se observó que las adolescentes que tuvieron parto vaginal más de la mitad sufrió desgarro vaginal 41.1% fueron grado I, 14.7% grado II, 27.4% grado III y 16.8% grado IV, en cuanto a la hemoglobina materna al egreso en adolescentes fue de 11.4 g/dl  $\pm$  1.6 g/dl. En conclusión, las adolescentes tienen mayor probabilidad de tener recién nacidos de bajo peso, madres con anemia, etc. (19).

Cavazos-Rehg P, et al., en el año 2015, llevaron a cabo una investigación cuyo propósito fue examinar las asociaciones entre la edad materna y la prevalencia de morbilidad durante el parto y puerperio. Fue un estudio analítico donde 4 109 297 puérperas se incluyeron como población, además como resultados reportaron que las mujeres menores de 19 años tuvieron mayor probabilidad de presentar hemorragia postparto (OR: 1.11; IC al 95%: 1.02 - 1.20) de la misma forma esta proporción aumentó en mayores de 40 años (OR: 1.13; IC al 95%:0.98 - 1.29). Concluyeron que es necesario que las mujeres embarazadas estén conscientes de los riesgos asociados a las edades extremas con la finalidad de que puedan observar los signos y síntomas de tales complicaciones (20).

Ganchimeg T, et al., en el 2014, ejecutaron una investigación en Japón cuyo objetivo fue investigar el riesgo de los resultados adversos del

embarazo en adolescentes. Fue un estudio trasversal en 124 446 madres con menos de 24 años de edad. Los resultados reportaron que las madres adolescentes de 10 a 19 años tenían un mayor riesgo de preeclampsia, endometritis puerperal e infecciones sistémicas posterior al parto ( $p < 0,001$ ). Conclusiones el embarazo adolescente se asoció con mayores resultados adversos después del parto (21).

Fernández J, en el 2016, desarrolló una investigación cuyo objetivo era identificar las principales complicaciones en las gestantes añosas atendidas en el Hospital María Auxiliadora. El estudio fue de enfoque cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y de corte trasversal con una población de 1198 pacientes a través de la revisión de las historias clínicas. El autor halló que la frecuencia de gestantes añosas (de 35 a 49 años de edad) fue de 15.76%, respecto a las complicaciones más frecuentes obstétricas durante el puerperio de las primigestas mayores de 35 años, como más frecuente la Anemia Aguda Postparto con 15.78% y en menor incidencia las infecciones de herida operatoria con 1.59%, las atonías uterinas con 1.09% y la endometritis con 0.58%. Además, no se presentaron casos de mastitis. A partir de este estudio, el autor concluyó que el embarazo en mujeres añosas presenta incidencia de complicaciones obstétricas que pueden afectar la morbimortalidad materno-perinatal (22).

Florida A, en el 2017, realizó una investigación cuyo objetivo era determinar la prevalencia de las complicaciones puerperales inmediatas en pacientes del Hospital Nacional Sergio E. Bernales. El estudio fue observacional, descriptivo, retrospectivo de corte trasversal, en donde participaron 363 pacientes a través de un muestreo probabilístico a partir de 6600 puérperas. El autor halló que la prevalencia de complicaciones puerperales inmediatas fue 19,8%, el cual representa que 20 de cada 100 puérperas presentaron dichas complicaciones. La hemorragia postparto precoz se presentó en un 6,9%, retención de restos ovulares 2,5%, trauma perineal 7,4%, hematoma vaginal 5.0%. En relación a la edad con la presencia de complicaciones puerperales fue en menores de 19 años un

6,9%, de 19 a 35 años un 10,2% y en mayores de 35 años 2,8%. Además, la frecuencia de las complicaciones puerperales inmediatas que se encontraron en el parto vaginal fue de 12,7% y en cesárea de 7,2%. La frecuencia de las complicaciones puerperales inmediatas de varía de acuerdo con la paridad, en primíparas un 8,0%, secundíparas 4,7% y multíparas 7,2%. A partir de del estudio, el autor recomienda promover la vigilancia puerperal en pacientes que serán sometidas al parto eutócico y a la cesárea (23).

Blas A, en el 2018, realizó una investigación cuyo objetivo era determinar las complicaciones presentadas en el embarazo, parto y puerperio en las madres en edades extremas, atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra. El estudio fue descriptivo, cuantitativo, retrospectivo y de corte transversal, que contó con una población de 191 pacientes, de la cuales 107 fueron adolescentes y 84 madres añosas. El autor halló que, con respecto a las complicaciones puerperales, se presentó hemorragia postparto en un 28.3% del total de madres adolescentes y añosas. La hemorragia postparto leve muestra un 100% en madres añosas y un 91.4% en adolescentes. Cabe denotar que estas no presentaron más hemorragia y con las primeras se mostró hemorragia postparto moderada en 4.3% y severa en 4.3%. También se presentaron casos de infección puerperal, la cual se en adolescentes fue de 12.1%, teniendo una baja incidencia en añosas con 4.8%. Se concluyó que durante la etapa puerperal, la hemorragia postparto fue una de las complicaciones más frecuentes en madres en edad reproductiva extrema. A partir de este estudio, se debe realizar una atención prenatal y consejería adecuada para estas pacientes, ya que ambos grupos de edades extremas son factor de riesgo (24).

## **1.2 Bases teóricas**

### **Puerperio**

El puerperio está conceptualizado como el periodo postparto que tiene una duración aproximada de seis semanas o 42 días, en el cual se suscitan cambios anatómicos y fisiológicos. En el periodo de puerperio inmediato se presentan situaciones críticas para la adaptación emocional y fisiológica tanto para la madre y el recién nacido. Durante este lapso, el monitoreo continuo es fundamental para el control de la presión arterial, hemorragia uterina, del inicio de la lactancia materna, y el pulso de la paciente. Las complicaciones puerperales frecuentes en el puerperio inmediato son hemorragias por consecuencia de la relajación uterina ocasionadas por retención de fragmentos placentarios o laceraciones reparadas de forma inadecuada. También existen casos de hemorragias ocultas, que se originan por la formación de hematomas de la pared vaginal manifestándose a través del dolor del suelo pélvico (20). Las complicaciones del puerperio son, en muchos casos, causas de mortalidad materna (21).

El puerperio se clasifica en tres estadios clínicos (22):

1. P. inmediato: Se define al periodo que abarca las primeras 24 horas postparto.
2. P. mediato: Desde el segundo día hasta el día 10 después del parto.
3. P. tardío: Después del puerperio mediato hasta las 6 semanas postparto.

Los cambios del puerperio para un mejor estudio se han dividido en locales y generales. Cuando nos referimos a cambios locales son a nivel de órganos pélvicos y respecto a los generales, a nivel sistémicos; cardiovascular, respiratorio, entre otros (23).

A nivel vaginal, se recupera la forma por su capacidad distensible y blanda en las próximas tres semanas postparto, el introito permanece de forma parcial abierta junto a las carúnculas mirtiformes. El aumento de la

capacidad vesical, filtrado glomerular alto, dilatación de la pelvis renal y uréteres son manifestaciones de la primera semana del puerperio en las vías urinarias. En el peritoneo y pared abdominal, permanecen de forma blanda y flácida con músculos atónicos y hasta podría presentarse diástasis de rectos (22).

El sitio de implantación placentaria, la episiotomía o laceraciones y presencia de loquios son los causantes de las pérdidas fisiológicas, en promedio se pierden entre 500 a 600 ml de sangre durante un parto eutócico de feto único y si se refiere a parto vaginal de gemelos o cesárea su valor incrementa aproximadamente a 1000 ml (22).

Los cambios que conllevan mayor adaptación y práctica son los mamarios, al incrementarse el tamaño de las mamas por aumento de la prolactina, la producción de calostro y leche se ve beneficiada ya que junto con la oxitocina se propiciará la eyección de la misma para la generación de succión (22).

### **Complicaciones maternas del puerperio inmediato en edades reproductivas extremas**

Las complicaciones puerperales inmediatas son las que se manifiestan en las primeras 24 horas del postparto como la hemorragia postparto, desgarros cervicales o traumas perineales, atonía uterina y retención de restos placentarios que deben ser identificadas para el tratamiento oportuno y prevención de problemas a futuro (21).

### **Hemorragia Postparto (HPP)**

La hemorragia postparto se conceptualiza como la pérdida de sangre de 500 ml o más terminada las 24 horas después del parto o mayor a 1000 ml después de una cesárea. Es la causa principal causa de mortalidad materna en lugares de bajos ingresos y siendo el motivo primario de la cuarta parte de las defunciones maternas mundiales. Casi en la totalidad de las hemorragias postparto, suceden en las primeras 24 horas después del parto (puerperio inmediato), las cuales son evitables a través de la administración de fármacos uterotónicos durante el alumbramiento. Es un factor clave de la mortalidad materna y discapacidad a largo plazo, así como consecuencias nefastas como el shock hipovolémico y disfunción orgánica. El estado de la HPP se agrava en condiciones de anemia preexistente, pese a que la pérdida sanguínea es menor, las consecuencias clínicas aún pueden ser muy dañinas (23).

Dentro de las causas de HPP se encuentran (23):

- **Atonía uterina:** Causa más común. Se sospecha de atonía uterina, cuando a la palpación se percibe un útero blando, sin embargo, a veces es complicado llegar a la ubicación por la falta de contracción uterina. El manejo secuencial es la administración de oxitocina, seguido de ergotamina, prostaglandinas F2 alfa o misoprostol (24,25).
- **Traumas obstétricos:** Laceraciones de origen cervical, vaginal o perineal. La sospecha de esta complicación inicia con un sangrado rojo brillante, útero bien contraído y solo la revisión del canal del parto permitirá detectar el origen de la hemorragia (22).
- **Desgarros perineales / trauma perineal:** Inician con hemorragia persistente pero menos profusa con respecto a la atonía uterina y retención de tejidos, entre los que se encuentran el desgarro vaginal, y perineal. En ocasiones se presentan hematomas vulvares y vaginales. Se puede ocasionar por fetos macrosómicos, presentaciones anómalas, intervenciones traumáticas y mala elasticidad del periné. La resolución de este problema inicia con

observación de la zona directa y detección del área comprometida junto con el grado de desgarro para la posterior sutura (22).

- a) **Grado I:** Afecta piel de la vulva y zona proximal de la vagina
- b) **Grado II:** Lesión en la vagina y músculos perineales con posibilidad de llegar al esfínter externo anal
- c) **Grado III:** Comprende el esfínter externo anal
- d) **Grado IV:** Afecta mucosa rectal

- **Hematoma vaginal:** Dolor y tumoración en las primeras 24 horas del parto, incluso puede ser asintomático por el almacenamiento de sangre en el espacio retroperitoneal. Si el tamaño del hematoma es de 4 cm, debe ser drenado luego suturado y dejar un taponamiento vaginal de 12 a 24 horas con sondaje vesical (22).
- **Desgarro cervical:** Pérdida de la solución de continuidad en las partes blandas del canal del parto, se puede ocasionar espontáneamente por endometriosis, inserción baja de placenta y mioma cervical. Dentro de las causas esta la condición de primíparas y añosas, empleo de maniobra de Kristeller y presentación podálica. El mejor tratamiento es la profilaxis, evitando las maniobras e intervenciones vaginales antes de llegar a la dilatación cervical completa (26).
- **Retención de tejidos placentarios:** Ausencia de expulsión de los tejidos de la placenta dentro de los 30 minutos después del nacimiento., que produce hemorragia no muy abundante pero persistente. Esto se debe a la penetración excesiva de la placenta por retención de lóbulos o fragmentos placentarios. La única resolución de este problema, es a través de la revisión manual del útero (27).
- **Rotura uterina:** Desgarro hemorrágico de la pared uterina, puede afectar miometrio, peritoneo visceral, membranas ovulares hasta

llegar a la rotura completa. Se presenta con dolor abdominal, taquicardia y elevación del anillo de Bandl (28).

Los componentes de la intervención para la HPP se encuentra el pinzamiento y la tracción controlada del cordón umbilical; además el masaje uterino se incluye como parte de la conducta activa del alumbramiento o salida de la placenta. Según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para la prevención y el tratamiento de hemorragia posparto, para la HPP se recomienda el uso de oxitocina como primera opción, sea por medio intramuscular o intravenoso de 10 unidades internacionales (UI) como manejo activo del alumbramiento. En caso no se disponga de oxitocina, se sugiere el uso de agentes como la ergometrina, metilergometrina o misoprostol. La compresión uterina bimanual, la compresión aortica externa son medidas temporales, en caso no se presencie asistencia sanitaria. El manejo expectante solo está recomendado en mujeres sin factores riesgo, pero en caso de grupos con edades reproductivas extremas se debe seguir la conducta activa del alumbramiento para prevenir la HPP (23).

### **Infección del tracto urinario (ITU)**

Durante el puerperio inmediato, se genera un edema de las paredes vesicales en mayor y menor grado, que depende de la duración del parto y el tamaño del feto. Esto puede ocasionar retención vesical, dolor suprapúbico, vaciamiento por rebosamiento y mala contracción uterina por lo que en las primeras 24 horas se produce retención uterina. Por ende, se recomienda la micción espontánea, si en caso no es posible se procede al sondaje vesical aséptico ya que se producirá estasis urinaria con residuo de orina de posibles agentes bacterianos como *Escherichia coli*, *Pseudomonas* y *Proteus* que confirman el diagnóstico de infección urinaria (29).

### **Hipertensión postparto**

Junto con las hemorragias conforman el grupo de complicaciones puerperales de mayor frecuencia. Los valores elevados de presión arterial durante el puerperio obedecen a condiciones de hipertensión preexistente, es decir, antes de las 20 semanas de gestación, hipertensión gestacional sin proteinuria, preeclampsia no resuelta y hasta la aparición de un nuevo trastorno hipertensivo después del parto. Los trastornos hipertensivos aun presentan fisiopatología desconocida y con un manejo y seguimiento sin uniformidad. Se define como presión arterial de 140/90 mmHg que se puede presentar hasta los 28 días postparto. La preeclampsia postparto complica la situación del puerperio, ya que puede presentarse edema, proteinuria y hasta convulsiones. Constituye un estado de sobrecarga crónica del volumen y sodio que aumenta el gasto cardíaco. Si bien la mayor parte de sodio se pierde durante el parto, los niveles de agua y sal toman tiempo en volver a los niveles basales anteparto. Durante el puerperio inmediato, hay movimiento del líquido extracelular, por lo que debe estabilizarse la volemia especialmente en los primeros días postparto. Debe iniciarse tratamiento antihipertensivo en los primeros cuatro días postparto, con fármacos como metildopa y nifedipino. Si después de 12 semanas a pesar del seguimiento, la paciente persiste hipertensa o aún requiere de medicamentos antihipertensivos se debe catalogar como hipertensa crónica (30).

### **Edades reproductivas extremas**

El grupo etario materno ha generado cambios a través del tiempo. En los últimos años se tienen registros de inicio de la primera relación sexual (situada entre los 15 y los 16.5 años). A nivel mundial, el embarazo en mujeres mayores de 35 años va en aumento y lleva consigo ciertas complicaciones para el binomio materno-fetal, que se considera de alto riesgo obstétrico. Al igual las mujeres menores de 20 años, se han clasificado como grupo de riesgo de la edad extrema de la vida (31).

## **1.3 Definición de términos básicos**

**Complicaciones:** Sucesos patológicos en el curso de la vida y que propicia un nivel de severidad que puede contribuir a la muerte (16).

**Complicaciones del puerperio inmediato:** Eventos o sucesos diagnosticados desde la expulsión de la placenta hasta las primeras 24 horas después del parto, que no guarda relación con desarrollo fisiológico del puerperio (17).

**Puerperio:** Periodo que transcurre desde el alumbramiento o expulsión de la placenta hasta el retorno del estado normal del organismo (32).

**Puerperio inmediato:** En las primeras 24 horas después del parto (22).

**Edades reproductivas extremas:** Edades que implican riesgo para la condición materno-fetal, en mujeres menores de diecinueve años y en mayores de veinticinco (31).

**Adolescentes:** Personas en periodo de crecimiento y desarrollo humano entre los 10 y 19 años de edad, considerado como la transición de la niñez que empieza con la pubertad junto con cambios (33).

**Edad materna avanzada:** Gestación en edad tardía, intervalo de 35 a 45 años (18,1).

**Hemorragia postparto:** Pérdida acumulada de sangre mayor o igual a 1000 ml o pérdida de sangre acompañada por signos o síntomas de hipovolemia dentro de las 24 horas después del proceso de nacimiento (25).

**Muerte materna:** Se denomina a la muerte de una mujer durante la gestación, parto o el puerperio (7).

## **CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES**

### **2.1 Formulación de la hipótesis**

El presente trabajo de investigación es de diseño descriptivo, por tal motivo no amerita la formulación de una hipótesis.

## 2.2 Variables y su operacionalización

Variable		Definición conceptual	Tipo por su naturaleza	Escala de medición	Categorías y sus valores	Medio de verificación
Características generales	Edad	Tiempo de vida del paciente desde su nacimiento hasta el momento del estudio	Cuantitativa	Razón	<19 años 19-35 años >35 años	Historia clínica
	Estado civil	Estado personal de un individuo, de acuerdo a su registro civil sobre el matrimonio	Cualitativa	Nominal	Soltero Casado Viudo Divorciado	
	Grado de instrucción	Grado más elevado de estudios que un individuo haya alcanzado	Cualitativa	Nominal	Sin instrucción Primaria Secundaria Superior técnico Superior universitario	
	Ocupación actual	Actividad laboral que desempeña una persona actualmente.	Cualitativa	Nominal	Sin ocupación Con ocupación inestable Con ocupación estable	
	Índice de masa corporal pre-gestacional	Medida que valora el estado nutricional antes de la gestación, al relacionar el peso pre-gestacional y la talla.	Cualitativa	Nominal	Bajo peso (< 18.5 kg/m <sup>2</sup> ) Peso normal (18.5 -24.9 kg/m <sup>2</sup> ) Sobrepeso (25 - 29.9 kg/m <sup>2</sup> ) Obesidad (30- 34.9 kg/m <sup>2</sup> )	
Características obstétricas	Paridad	Número de partos	Cualitativa	Nominal	Nulípara Primípara Múltipara	Historia clínica
	Gestas	Número de embarazos por paciente	Cualitativa	Nominal	Primigesta Multigesta	

	Antecedentes de aborto	Número de Interrupciones del embarazo antes de las 22 semanas de gestación previas al embarazo actual	Cualitativa	Nominal	Sí No	
	Periodo intergenésico	Tiempo transcurrido entre el último evento obstétrico (parto o aborto) y el inicio del siguiente embarazo	Cualitativa	Nominal	Corto (<18 meses) Normal (18-59 meses) Largo (>59 meses)	
	Controles prenatales (CPN)	Acciones y procedimientos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que condicionan la morbilidad materna-perinatal	Cualitativa	Nominal	Insuficiente (<6CPN) Adecuado (≥6CPN)	
Complicaciones maternas del puerperio inmediato		Alteración negativa de la salud materna, que se manifiesta en las primeras 24 horas del postparto	Cualitativa	Nominal	Enfermedad tromboembólica Infección del tracto urinario Hemorragia postparto Infección puerperal Fiebre puerperal Muerte materna Atonía uterina Histerectomía Preeclampsia puerperal Desgarro perineal	Historia clínica

## CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

### 4.1 Tipos y diseño

La presente investigación será de enfoque cuantitativo y según la intervención del investigador, observacional; según el alcance, descriptivo; según el número de mediciones, transversal; según el momento de recolección de datos, retrospectiva.

### 4.2 Diseño muestral

#### Población universo

Puérperas atendidas en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

#### Población de estudio

La población de estudio estará conformada por 480 Puérperas inmediatas con edades en extremos de la vida reproductiva (adolescentes: < 19 años / añosas: > 35 años), cuyo parto vaginal fue atendido en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de 2017 a 2018.

#### Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra estará integrado por 172 Puérperas inmediatas con edades en extremos de la vida reproductiva, cuyo parto vaginal fue atendido en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de 2017 a 2018.

Para el cálculo de la muestra con población finita se utilizó la siguiente formula:

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

Dónde:

Tamaño de Población:	N=480
Nivel de Confianza (95%):	Z $\alpha$ =1.96
Proporción a favor:	p=0.5
Proporción en contra:	q=0.5
Error de precisión:	d=0.06
Reemplazando:	n = 172

#### Muestreo o selección de la muestra

El tipo de muestreo será probabilístico y la técnica de muestreo será el muestreo aleatorio simple. Es decir; la selección de las historias clínicas de las pacientes con complicaciones maternas atendidas en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo 2017 a 2018, será de manera aleatoria, cumpliendo con los criterios de inclusión.

### **Criterios de selección**

#### **Criterios de inclusión**

Puérperas

- < 19 años cuyo parto vaginal fue atendido en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de 2017 a 2018;
- > 35 años cuyo parto vaginal fue atendido en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de 2017 a 2018;
- que presentaron complicaciones en el puerperio inmediato;
- con historias clínicas completas y accesibles.

#### **Criterios de exclusión**

Pacientes

- que hayan tenido parto por cesárea;
- con historias clínicas incompletas e inaccesibles.

## **4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

### **Técnica**

La técnica de recolección de datos será la documentación. Es decir, se basará en la revisión de las historias clínicas de las pacientes con edades en extremos de la vida reproductiva, cuyo parto vaginal fue atendido en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de 2017 a 2018.

### **Instrumentos de recolección y medición de variables**

Para la recolección de datos, se seleccionarán las historias clínicas necesarias y se eliminarán las que no contengan los datos requeridos, luego se procederá a llenar las hojas de recolección de datos; la cual fue elaborada de manera que permita dar respuesta a los objetivos de la investigación.

Cabe resaltar que el instrumento fue elaborado tomando como base la revisión literaria sobre el tema de estudio.

El instrumento contiene cuatro secciones:

- La sección 1 se refiere a las características generales como edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación actual e índice de masa corporal pregestacional.
- La sección 2 se refiere a las características obstétricas como la paridad, gestas, abortos, periodo intergenésico y controles prenatales.
- La sección 3 se refiere a las complicaciones maternas del puerperio inmediato.

### **Validez y confiabilidad**

No amerita una validación ni confiabilidad de instrumento, porque se utilizará una ficha de recolección de datos, sin embargo, el contenido del mismo será validado mediante juicio de expertos, para ello se solicitará a 5 expertos en el tema que evalúen las preguntas de este instrumento por medio de 7 ítems, finalmente se medirá la concordancia entre las respuestas de los expertos mediante la prueba binomial.

### **4.4 Procesamiento y análisis de datos**

Luego de proceder con la recolección de los datos se creará una base de datos en el programa SPSS v.23, luego de ello realizará su control de calidad, a través de la depuración, consistencia y recategorización de los datos.

### **Análisis descriptivo**

Para el análisis descriptivo de las variables cuantitativas se procederá con las frecuencias absolutas (n) y relativas (%); mientras que en las variables cuantitativas se procederá con las medidas de tendencia central (promedio) y dispersión (desviación estándar).

### **Presentación de resultados**

La presentación de resultado será mediante tablas de frecuencia y de contingencia, edemas se realizaran gráficos estadísticos como diagramas de barras o circular para una mejor apreciación de los resultados. Las que serán elaborados empleando el programa Microsoft Excel 2013.

#### **4.5. Aspectos éticos**

Para la recolección de los datos no se requiere la participación directa de la gestante; ya que únicamente se realizará la revisión de las historias clínicas de las gestantes que conformen la población de estudio y de ser necesario se realizará la consulta a algunos especialistas del tema. No se registrarán datos personales de la gestante, dado que la recopilación de información será a través de códigos de identificación, sumado a ello se dará estricto cumplimiento de los principios éticos y estipulaciones de la Declaración de Helsinki.

## CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	2018						2019					
	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	abr
Revisión bibliográfica	X											
Elaboración del proyecto		x	x									
Revisión del proyecto				X								
Presentación ante autoridades				X								
Revisión de instrumentos				X								
Reproducción de los instrumentos				x								
Preparación del material de trabajo					X							
Selección de la muestra												
Recolección de datos					X	x						
Control de calidad de datos									X			
Tabulación de datos										X		
Codificación y preparación de datos para análisis											X	
Análisis e interpretación											X	
Redacción informe final												X
Impresión del informe final												X

## PRESUPUESTO

PRESUPUESTO				
BIENES				
n.º	Especificación	Cantidad	Costo unitario (S/.)	Costo total (S/.)
1	Hojas bond A4	2000	0.05	200
2	Lapiceros	40	1.0	40
3	USB	2	35	50
4	Folder	4	7	20
5	Tablero	2	20	40
<b>SUBTOTAL (1)</b>				<b>350</b>
SERVICIOS				
Nº	Especificación	Cantidad	Costo unitario (S/.)	Costo total (S/.)
1	Copias	600	0.1	60
2	Anillado	12	25	400
3	Equipo de cómputo Modulo	1	800	800
4	Otros gastos		700	700
<b>SUBTOTAL (2)</b>				<b>1960</b>
			<b>(1)</b>	<b>350</b>
			<b>(2)</b>	<b>1960</b>
				<b>S/. 2310</b>
<b>BIENES (1) + SERVICIOS (2) = TOTAL</b>				
		<b>S/. 350</b>	<b>S/.1960</b>	<b>S/2310.00</b>

El presente proyecto de investigación será autofinanciado, es decir, todos los costos que derivan de la formulación, aplicación y elaboración del informe final serán asumidos por el investigador, este asciende a 2 310.00 soles.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Ayala F, Guevara E, Rodríguez M, Ayala R, Quiñones L, Ayala D, et al. Edad materna avanzada y morbilidad obstétrica. *Rev Peru Investig Matern Perinat*. 2016; 5(2): 9-15.
2. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. OPS/OMS website. [Internet]; 2017 [citado 12 de julio 2018]. Recuperado a partir de: [https://www.paho.org/per/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3983:embarazo-adolescente-al&Itemid=0](https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=3983:embarazo-adolescente-al&Itemid=0).
3. Organización Mundial de la Salud. OMS website. [Online].; 2017 [consultado el 12 de julio 2018]. Disponible en: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/).
4. Guevara E. Estado actual de la mortalidad materna en el Perú. *Rev Peru Investig Matern Perinat*. 2016; 5(2): 7-8.
5. Murthy B, Murthy M, Prabhu P. Maternal Mortality in a Tertiary Care Hospital: A 10-year Review. *Int J Prev Med*. 2013; 4(1): 105-109.
6. Mori E, Contreras H, Hinostroza W, Lam N, Huapaya O, Chacon H, et al. Evaluación de un instrumento para cuantificar la estigmatización de la adolescente embarazada en el Perú. *An Fac Med*. 2015; 76(2): 141-146.
7. Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas, Dirección General de Epidemiología. La mortalidad materna en el Perú, 2002-2011. Ministerio de Salud del Perú; 2013.
8. 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. Tesis de doctorado. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2015.
9. Vargas M, Mendieta I. Factores asociados a las complicaciones que se presentan durante el puerperio en un hospital general, Perú - 2016. Tesis de grado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017.
10. Sistema de Naciones Unidas en el Perú. Informe de cumplimiento de los objetivos del desarrollo del milenio - Perú 2008. Resumen ejecutivo. Lima: Presidencia del Consejo de Ministros; 2008.

11. Ministerio de Salud del Perú, Dirección General de Epidemiología. La Vigilancia de la mortalidad materna, un reto para la RENACE. Boletín Epidemiológico Lima. 2012; 21(26).
12. Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud del Perú. Situación Epidemiológica de la Muerte Materna en el Perú 2015. Boletín Epidemiológico Lima-Perú. 2016; 24(4): 66-74.
13. Galambosi P, Gissler M, Kaaja R, Ulander V. Incidence and risk factors of venous thromboembolism during postpartum period: a population-based cohort-study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2017; 96 (7): 852–861.
14. Minjares-Granillo R, Reza-López S, Caballero-Valdez S, Levario-Carrillo M, Chávez-Corral D. Maternal and Perinatal Outcomes Among Adolescents and Mature Women: A Hospital-Based Study in the North of Mexico. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2016; 29 (3):1-8.
15. Vendittelli F, Barasinski Ch, Pereira B, Lémery D. Incidence of immediate postpartum hemorrhages in French maternity units: a prospective observational study (HERA study). *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016; 16(242): 1-9.
16. Chepchirchir M, Nyamari J, Keraka M. Associated factors with Puerperal Sepsis among Reproductive Age Women in Nandi County, Kenya. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. 2016; 5(4): 1032-1040.
17. Hung H, Yang P, Yan Y, Jou H, Lu M, Wu S. Increased postpartum maternal complications after cesarean section compared with vaginal delivery in 225 304 Taiwanese women. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2016; 29(10): 1665-1672.
18. Machado D, González E, Hernández J, Naranjo A. Resultados perinatales del embarazo en adolescentes del municipio Jaruco. *Revista de Ciencias Médicas La Habana*. 2015; 21(2): 384-396.
19. Torres I, Aguilar C, Flores E, Lopez O, Flores I, Discua A, et al. Embarazo en adolescentes, riesgos obstétricos durante el parto y puerperio inmediato, en el Hospital Leonardo Martínez Valenzuela. *Revista Especializada en Ciencias de la Salud*. 2015 octubre; 18(2).

20. Cavazos-Rehg P, Krauss M, Spitznagel E, Bommarito K, Madden T, Olsen M, Subramaniam H, Peipert J, Bierut L. Maternal age and risk of labor and delivery complications. *Maternal and Child Health Journal*. 2015; 19(6): 1202-1211.
21. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG*. 2014; 121(1): 40-48.
22. Fernández J. Complicaciones obstétricas en gestantes añosas atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el periodo de enero a diciembre del 2014. Tesis de grado. Universidad Ricardo Palma; 2016.
23. Florida G. Prevalencia de complicaciones puerperales inmediatas en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales en el año 2017. Tesis de grado. Universidad San Juan Bautista; 2017.
24. Blas A. Complicaciones del embarazo, parto y puerperio en las madres en edades extremas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra-2016.
25. Pereira K. Factores asociados a las complicaciones durante el puerperio en el puerperio en el Hospital María Auxiliadora (HAMA) Lima-Perú. Tesis de grado. Universidad Andina del Cusco; 2018.
26. DeCherney A. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstetricos. Onceava ed. México: McGraw Hill; 2014.
27. Bezares B, Sanz O, Jiménez I. Patología puerperal. *An Sist Sanit Navar*. 2009; 32(2):169-175.
28. Cunningham F. Williams : obstetricia. Vigésimatercera ed. México: McGraw Hill; 2011.
29. Organización Mundial de Salud. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto. Ginebra; 2014.
30. Valls M, Safora O, Rodríguez A, Lopez J. Comportamiento del embarazo en mujeres mayores de 40 años. 2010; 35(1): 1-9.
31. Montaña A. Hemorragia postparto- atonía uterina en el Hospital de Ventanilla- Diresa Callao. Tesis de grado. Universidad Privada de Ica; 2015.

32. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Postpartum Hemorrhage. ACOG Practice Bulletin. 2017; 130(4): 1-19.
33. Santos K. Factores de riesgo para el desarrollo de desgarro perineal en puérperas atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Vitarte en el 2014. Tesis de grado. Universidad Ricardo Palma; 2016.
34. Espinosa L. Parto:Mecanismo,clínica y atención. Segunda ed.: El Manual Moderno; 2017.
35. De Miguel J. Principios de medicina materno fetal Santander: Universida de Cantabria; 2018.
36. Cabero L, Saldivar D, Cabrillo E. Obstetricia y medicina materno-fetal Panamericana , editor; 2010.
37. Hernández G, Deloya E, Martínez J, Lamelf.M.. Preeclampsia posparto. Rev Hosp Jua Mex. 2012; 79(3): 174-178.
38. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Thromboembolic Disease in Pregnancy and the Puerperium: Acute Management. Reino Unido; 2018.
39. Birón C. Venous thromboembolic risk in postpartum. Phlebology. 2013; 20(4): 167-173.
40. Souza M, Laurenti R, Knobel R, Monticelli M, Brüggemann O, Drake E. Maternal mortality due to hemorrhage in Brazil. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2013; 21(3): 711-718.
41. Lao T, Sahota D, Cheng Y, Law L, Leung T. Advanced maternal age and postpartum hemorrhage – risk factor or red herring?. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. 2014;27(3): 243-246.
42. Huque S, Roberts I, Fawole B, Chaudhri R, Arulkumaran S, Shakur-Still H. Risk factors for peripartum hysterectomy among women with postpartum haemorrhage: analysis of data from the WOMAN trial. BMC pregnancy and childbirth. 2018; 18(1): 1-8.
43. Hornemann A, Kamischke A, Luedders D, Beyer D, Diedrich K, Bohlmann. Advanced age is a risk factor for higher grade perineal lacerations during delivery in nulliparous women. Archives of Gynecology and Obstetrics. 2010; 281(1): 59-64.

44. Vilcapoma R. Complicaciones clínicas del embarazo, parto y puerperio en adolescentes atendidas en el Hospital San José del Callao 2016. Tesis de grado. Universidad San Martín de Porres; 2016.
45. Organización Mundial de la Salud. OMS website. [Internet]; 2017 [citado 12 de julio 2018]. Recuperado a partir de: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/preventing\\_early\\_pregnancy/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preventing_early_pregnancy/es/).

## ANEXOS

### Anexo 1. Matriz de consistencia

Título	Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
<b>COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO INMEDIATO EN EDAD REPRODUCTIVA EXTREMA HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2017-2018</b>	¿Cuáles son las complicaciones en el puerperio inmediato en edad reproductiva extrema en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo 2017-2018?	<p><b>Objetivo general:</b> Determinar las complicaciones en el puerperio inmediato en edad reproductiva extrema en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo 2017-2018.</p> <p><b>Objetivos específicos</b> Describir las principales complicaciones maternas del puerperio inmediato en pacientes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo 2017-2018.</p> <p>Describir las principales complicaciones maternas del puerperio inmediato en pacientes de edad avanzada atendidas en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo 2017-2018.</p>	El presente trabajo de investigación es de diseño descriptivo, por tal motivo no se amerita la formulación de una hipótesis.	<b>Tipo y diseño de investigación</b> La presente investigación será de tipo observacional. El estudio será descriptivo, retrospectivo y transversal.	<p><b>Población de estudio:</b> Púerperas inmediatas con edades en extremos de la vida reproductiva (adolescentes: &lt; 19 años / añosas: &gt; 35 años), cuyo parto vaginal fue atendido en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de 2017 a 2018.</p> <p><b>Tamaño de muestra:</b> La muestra estará conformada 172 pacientes con edades en extremos de la vida reproductiva (adolescentes: &lt; 19 años / añosas: &gt; 35 años), cuyo parto vaginal fue atendido en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de 2017 a 2018; sin embargo, se excluirán del estudio aquellas que no cumplan con los criterios de inclusión.</p> <p><b>Técnicas de recolección de datos</b> La técnica de recolección de datos será la documentación. Es decir, se basará en la revisión de las historias clínicas de las pacientes con edades en extremos de la vida reproductiva, cuyo parto vaginal fue atendido en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de 2013 a 2017.</p>	El instrumento a utilizar será una ficha de recolección de datos.

## Anexo 2. Instrumento de recolección

### COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO INMEDIATO EN EDAD REPRODUCTIVA EXTREMA HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2017-2018

Fecha: \_\_\_\_\_

ID: \_\_\_\_\_

#### 1. CARACTERISTICAS GENERALES:

Edad: \_\_\_\_\_ <19 años ( ) >35 años ( )

Estado civil: Casada ( ) Conviviente ( )  
Divorciada ( ) Soltera ( )

Grado de instrucción: Sin instrucción ( ) Primaria ( )  
Secundaria ( ) Técnico ( )  
Superior ( )

Ocupación actual: Independiente ( ) Empleada ( )  
Ama de casa ( ) Estudiante ( )

Peso previo al embarazo: \_\_\_\_\_ kg. Talla: \_\_\_\_\_ m. IMC pre gestacional: \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>.

Bajo peso ( ) Peso normal ( )

Sobrepeso ( ) Obesidad ( )

#### 2. CARACTERISTICAS OBSTETRICAS

Paridad Nulípara ( ) Primípara ( )  
Múltipara ( )

Gestas Primigesta ( ) Multigesta ( )

Antecedentes de aborto Sí ( ) No ( )

Periodo intergenésico: \_\_\_\_\_

Corto ( ) Normal ( ) Largo ( )

Controles pre natales: \_\_\_\_\_

Insuficiente ( ) Adecuado ( )

#### 3. COMPLICACIONES MATERNAS DEL PUERPERIO INMEDIATO

Enfermedad tromboémbolica ( )

Infección del tracto urinario ( ) Hemorragia postparto ( )

Infección puerperal ( ) Fiebre puerperal ( )

Muerte materna ( ) Atonía uterina ( )

Histerectomía ( ) Preeclampsia puerperal ( )

Desgarro perineal ( )

Otro: \_\_\_\_\_

### Anexo 3. Formato de juicio de expertos

#### JUICIO DE EXPERTOS

**Nombres y Apellidos:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Especialidad:** \_\_\_\_\_

Teniendo como base los criterios que a continuación le solicitamos su opinión sobre el instrumento del proyecto de investigación titulado “*Complicaciones maternas del puerperio inmediato en pacientes con edad reproductiva extrema atendidas en el Hospital Nacional Edgardo Regagliati Martins 2017-2018*”, en el cual se le solicita que pueda calificar (X) su opinión respecto a cada ítem formulado.

<b>Id</b>	<b>Criterios</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.		
2	El instrumento responde a los objetivos de la investigación.		
3	El instrumento responde a los objetivos de las variables.		
4	La estructura del instrumento es adecuada.		
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.		
6	Los ítems son claros y comprensibles.		
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.		
8	Se debe incrementar el número de ítems.		
9	Se debe eliminar algunos ítems.		

Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento:

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Firma y sello