"Año de la Universalización de la Salud"

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA

TESIS

ACTITUDES Y PRÁCTICAS FRENTE A LAS SEÑALES DE PELIGRO EN EL PUERPERIO EN EL HOSPITAL IQUITOS CÉSAR GARAYAR GARCÍA DE MAYO A JULIO 2019

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTORA

LILIAN PRISCILA MONTERO FREITAS

ASESORA

Mgr. Obsta. GISELA PAUTRAT ROBLES

SAN JUAN-IQUITOS

PERÚ

2020

UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ

"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

DE LA UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ - UCP

El presidente del Comité de Ética de la Universidad Científica del Perú - UCP

Hace constar que:

La Tesis titulada:

"ACTITUDES Y PRACTICAS FRENTE A LAS SEÑALES DE PELIGRO EN EL PUERPERIO EN EL HOSPITAL IQUITOS CESAR GARAYAR GARCIA DE MAYO A JULIO 2019".

De los alumnos: **LILIAN PRISCILA MONTERO FREITAS** pasó satisfactoriamente la revisión por el Software Antiplagio, con un porcentaje de **7% de similitud**.

Se expide la presente, a solicitud de la parte interesada para los fines que estime conveniente.

San Juan, 26 de noviembre del 2019.

Dr. César J. Ramal Asayag
Presidente del Comité de Ética – UCP

CJRA/lasda
047 -2019

D E D I C A T O R I A

Dedicado con todo cariño y amor a Dios a Mis Padres, Julio Cesar Montero Chávez y Lilia Freitas Flores, por su apoyo incondicional y por enseñarme en cada momento el valor de la perseverancia para lograr mis metas personales y profesionales.

A mi hija Mia Luhana que es mi fortaleza para seguir adelante y mi motivación constante para alcanzar mis anhelos.

Lilian Priscila Montero Freitas.

A G R A D E C I M I E N T O

Mis sincero agradecimento a:

Dios por darme la vida y por permitirme lograr mis metas.

A mis padres que me apoyan incondicionalmente:

Montero Chávez Julio Cesar

Freitas Flores Lilia.

A mi hija mi fortaleza y mi motivación:

Asipali Montero Mia Luhana.

A mi asesora por su aprendizaje y compartir su conocimiento:

Obsta. Gisela Pautrat Robles.

Finalmente a todas aquellas personas que de una u otra manera estuvieron brindándome su ayuda comprensión en los momentos que más los necesite.

MIL GRACIAS.

FACULTAD
DE CIENCIAS
DE LA SALUD

UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ

"Año de la Universalización de la Salud"

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Con **Resolución Decanal N° 684-2018-UCP-FCS, del 20 de Agosto del 2018,** la Facultad de Ciencias de la Salud, de la UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERÚ – UCP, designa como Jurado Evaluador y Dictaminador de la Sustentación de Tesis a los señores:

- **Méd. Eder Eli Aguilar Rojas, Mgr.** — **Presidente**
- **Obst. Henrry Daza Grández** — **Miembro**
- **Obst. Rubith García Rengifo** — **Miembro**

Como Asesor (es): **Obst. Gisela Pautrat Robles, Mgr.**

En la ciudad de Iquitos, siendo las 19:00 p.m. horas, del día 24 de Enero del 2020, en las instalaciones de la UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERÚ – UCP, se constituyó el Jurado para escuchar la Sustentación y defensa de la Tesis: **"ACTITUDES Y PRÁCTICAS FRENTE A LAS SEÑALES DE PELIGRO EN EL PUERPERIO EN EL HOSPITAL IQUITOS CÉSAR GARAYAR GARCÍA, DE MAYO A JULIO 2019".**

Presentado por la sustentante: **LILIAN PRISCILA MONTERO FREITAS**

Como requisito para optar el TÍTULO PROFESIONAL de: **OBSTETRA.**

Luego de escuchar la Sustentación y formuladas las preguntas las que fueron:
.....Satisfactoria.....

El Jurado después de la deliberación en privado llego a la siguiente conclusión:

La Sustentación es:
.....Aprobada por unanimidad.....
En fe de lo cual los miembros del Jurado firman el Acta.

Méd. Eder Eli Aguilar Rojas, Mgr.
Presidente

Obst. Henrry Daza Grández
Miembro

Obst. Rubith García Rengifo
Miembro

CALIFICACIÓN:

Aprobado (a) Excelencia	:	19-20
Aprobado (a) Unanimidad	:	16-18
Aprobado (a) Mayoría	:	13-15
Desaprobado (a)	:	00-12

HOJA DE APROBACION

TESIS: "ACTITUDES Y PRÁCTICAS FRENTE A LAS SEÑALES DE PELIGRO EN EL PUERPERIO EN EL HOSPITAL IQUITOS CÉSAR GARAYAR GARCÍA DE MAYO A JULIO 2019"

.....

Mgr. Med. Eder Eli Aguilar Rojas

Presidente

.....

Obst. Henrry Daza Grandez

Miembro

.....

Obst. Rubith Garcia Rengifo

Miembro

.....

Mgr. Obsta. Gisela Pautrat Robles

Asesora

ÍNDICE DE CONTENIDO

Pág.

DEDICATORIA……II

AGRADECIMIENTO……..III

HOJA DE APROBACION……IV

INDICE DE CONTENIDO……VI

INDICE DE TABLAS……..……...VIII

RESUMEN……..…..….IX

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN……1

1.1 ANTECEDENTES……2

1.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN……10

1.3 OBJETIVOS……13

1.3.1 Objetivo general……..13

1.3.2 Objetivos específicos……13

CAPITULO II

2.1 MARCO TEÓRICO…….. 14

2.2 MARCO CONCEPTUAL…….. 23

CAPITULO III

3.1 HIPÓTESIS……24

3.2 VARIABLES……25

3.3 Tipo de investigación…… 26

3.4 Diseño de investigación…….. 26

3.5 Población y Muestra…… .26

3.6 Técnicas…… 27

3.7 Instrumentos…… 28

3.8 Procesamiento de la información……28

3.7 Ética de la investigación…… 29

CAPITULO IV
RESULTADOS…… 30

CAPITULO V
DISCUSION DE RESULTADOS……...37
CONCLUSIONES……40
RECOMENDACIONES……...41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS…….42
ANEXOS……45

ÍNDICE DE TABLAS

Nº	TÍTULOS	Pág.
01	Puérperas según edad atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de mayo a julio 2019	32
02	Puérperas según grado de instrucción atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de mayo a julio 2019	33
03	Puérperas según procedencia atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de mayo a julio 2019	33
04	Puérperas según estado civil atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de mayo a julio 2019	34
05	Puérperas según ocupación atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de mayo a julio 2019	34
06	Puérperas atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de mayo a julio 2019	35
07	Puérperas según paridad atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de mayo a julio 2019	36
08	Puérperas según atención prenatal atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de mayo a julio 2019	36
09	Actitud frente a las señales de peligro en el puerperio en el Hospital Iquitos César Garayar García, de mayo a julio 2019	37
10	Prácticas frente a las señales de peligro en el puerperio en el Hospital Iquitos César Garayar García, de mayo a julio 2019.	37

RESUMEN

ACTITUDES Y PRÁCTICAS FRENTE A LAS SEÑALES DE PELIGRO EN EL PUERPERIO EN EL HOSPITAL IQUITOS CÉSAR GARAYAR GARCÍA DE MAYO A JULIO 2019.

Introducción
El puerperio es la etapa que transcurre después de la expulsión de la placenta hasta los 42 días posteriores al parto, Según la Organización Mundial de la Salud la mayoría de las muertes maternas son evitables. Todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto.

Objetivo
Identificar las actitudes y prácticas frente a las señales de peligro en el puerperio en el Hospital Iquitos César Garayar García de mayo a julio 2019.

Metodología
El estudio de investigación es de tipo descriptivo, de corte transversal y prospectivo. La población estuvo conformada por 540 puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de mayo a julio del 2019.
La muestra estuvo conformada por 178 puérperas de parto vaginal.

Resultado
Al analizar las características sociodemográficas, en el estudio se encontró que el 58.4% de las puérperas tienen de 20-34 años, 68.0% de nivel secundario, 53.4% de procedencia urbana, 79.2% convivientes, 65.7% son amas de casa, 47.8% respondieron que viven con la pareja e hijos, 61.8% son multíparas, 64.0% tenían más de 6 atenciones prenatales, 98.3% tienen prácticas adecuadas y 97.2% conductas positivas frente a las señales de peligro.

Conclusión
Las puérperas atendidas en el “Hospital Iquitos César Garayar García” tienen actitudes positivas y prácticas adecuadas frente a las señales de peligro en el puerperio, por lo que se acepta la hipótesis alterna.

Palabras calves: Señales de peligro, actitud, prácticas, puerperio.

SUMMARY

ATTITUDES AND PRACTICES AGAINST THE SIGNS OF DANGER IN THE PUERPERIO IN THE HOSPITAL IQUITOS CÉSAR GARAYAR GARCÍA FROM MAY TO JULY 2019.

Introduction

The puerperium is the stage that passes after the expulsion of the placenta until 42 days after delivery, According to the World Health Organization, most maternal deaths are preventable. All women need access to prenatal care during pregnancy, specialized care during childbirth, and care and support in the first weeks after delivery.

Objective

Identify attitudes and practices regarding warning signs in the puerperium at the Iquitos César Garayar García Hospital from May to July 2019.

Methodology

The research study is descriptive, cross-sectional and prospective.
The population was made up of 540 vaginal delivery women treated at the Iquitos César Garayar García Hospital from May to July 2019.
The sample consisted of 178 postpartum vaginal births

Result

When analyzing the sociodemographic characteristics, the study found that 58.4% of the puerperal women are 20-34 years old, 68.0% secondary level, 53.4% of urban origin, 79.2% living together, 65.7% are housewives, 47.8% responded who live with the couple and their children, 61.8% are multiparous, 64.0% had more than 6 prenatal care, 98.3% have appropriate practices and 97.2% positive behaviors in the face of danger signals.

Conclusion

The puerperas treated at the "Iquitos César Garayar García Hospital" have positive attitudes and appropriate practices against the danger signs in the puerperium, so the alternative hypothesis is accepted.

Keywords: Warning signs, attitude, practices, puerperium.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud la mayoría de las muertes maternas son evitables. Todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto. La mortalidad materna es un problema de salud pública, puesto que esto afecta al vínculo familiar tanto social, moral y a veces económico, porque al morir una madre los niños quedan huérfanos con hogares inestables y a esto contribuye la poca información en los cuidados y reconocimiento de signos de alarma que puede tener una mujer durante la etapa del embarazo y puerperio. (1)

Existen diversos estudios que evalúan el nivel de conocimiento sobre las señales de alarma en el embarazo, parto y puerperio, y muchos coinciden en que más del 50 % de las gestantes tienen un nivel de conocimiento alto, la otra mitad de las gestantes y puérperas desconocen sobre los cuidados, prácticas y reconocimiento de las señales de peligro, lo que conlleva a no actuar oportunamente, debido a múltiples factores, entre ellos la influencia familiar, la inaccesibilidad al establecimiento de salud, el factor económico, cultural, entre otros; por tal motivo sigue siendo importante conocer el nivel de conocimiento y la actitud de la gestantes y puérperas ante cualquier señal de peligro, ya que el tiempo que transcurre en buscar ayuda es decisivo para conservar la salud y la vida; por lo que este estudio permitirá conocer las actitudes y prácticas frente a las señales de peligro en el puerperio en el Hospital Iquitos César Garayar García.

1.1. ANTECEDENTES.

Internacionales.

Hernández O, Guatemala (2015) realizó un estudio descriptivo donde se identificaron conocimientos, actitudes y prácticas realizadas por las madres primíparas del post parto inmediato, relacionada a la lactancia materna exclusiva del departamento de Escuintla. Para la recolección, análisis e interpretación de los resultados se realizó una entrevista estructurada, previamente validada, utilizando la técnica de grupo focal, guiada por el investigador. Los resultados muestran que, el 100% de las madres coinciden en que la lactancia materna es el mejor alimento para sus hijos; 41.03% de ellas, creen que es importante darla de forma exclusiva por seis meses y solo 13% considera que no hay diferencia entre utilizar los sucedáneos de la leche o la leche materna en sí, 62.82% tuvo asistencia hospitalaria en el parto y de esta población 42.3% afirma no haber recibido alguna información con respecto a la lactancia materna. Los resultados del estudio permiten concluir que, los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres influyen en el inicio, duración, intensidad y tipo de lactancia materna en los menores de dos años. Así mismo las prácticas que no favorecen el estado nutricional de los niños están relacionadas con el inicio temprano y con alimentos no adecuados introducidos en la alimentación complementaria así como la sustitución de la lactancia materna por sucedáneos de la leche entre otros. (2)

Torres Sh, Guatemala (2015) en su tesis “Conocimientos de signos de peligro durante el embarazo, parto y puerperio en mujeres en edad fértil y personal de salud Santa Catarina Ixtahuacán, Sololá, durante Julio a Octubre del 2014”. Estudio observacional, transversal, descriptivo, la

muestra fue aleatoria, el instrumento utilizado fue la encuesta. La información se analizó de forma descriptiva, se calculó promedios e intervalos de confianza al 95%. También, se evaluó la asociación entre indicadores y variables, utilizando Chi cuadrado o ANOVA. En el estudio se determinó que el 49.2% de las mujeres en edad fértil encuestadas tenían un nivel bajo de conocimientos respecto a señales de peligro, el 24.2% obtuvo un nivel medio y el 26.2% tenían un nivel alto. En el personal de salud el 10% obtuvo un nivel alto, el 80% un nivel medio y el 10% un nivel bajo. Conclusiones: Casi la mitad de la población encuestada tiene un nivel bajo de conocimiento respecto al tema. No se encontró una diferencia significativa en conocimientos entre mujeres primigestas y multíparas. La principal fuente de información es obtenida del puesto de salud. (3)

Valencia S, Ecuador 2016 en un estudio descriptivo correlacional de corte transversal, con el objetivo de determinar la relación entre el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre los trastornos hipertensivos del embarazo en mujeres en edad fértil. La población fue el universo de 45 mujeres de 15 a 49 años de la comunidad Palmira Dávalos, cantón Guamote, de enero a junio del 2016. Los resultados obtenidos fueron: predominaron las mujeres de 20 a 29 años (33,3%), de instrucción primaria (46,6%), solteras (51,1%), evangélicas (77,7%), amas de casa (46,6%), sin antecedentes patológicos personales (82,2%) ni familiares (57,7%) de trastornos hipertensivos del embarazo. El 100% poseían conocimientos insatisfactorios sobre los trastornos hipertensivos, el 95,5% tenían actitudes positivas frente al riesgo preconcepcional y el 53,3% poseían prácticas de autocuidado adecuadas. No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre las variables estudiadas. Se concluye que el conocimiento de las mujeres en edad fértil es no satisfactorio sin

embargo casi todas tienen actitudes positivas y más de la mitad asumen prácticas de autocuidado adecuadas. El diseñar una estrategia de intervención educativa sobre los trastornos hipertensivos del embarazo es acertada para la prevención de la morbimortalidad materna. (4)

Nacionales:

Ticona D, Torres L, Et al, Lima (2013) realizaron un estudio descriptivo transversal. El objetivo fue determinar el nivel de conocimientos y prácticas sobre signos de alarma en gestantes en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, durante junio del 2013. Se realizó un análisis bivariado utilizando la prueba de chi cuadrado; la fuerza de asociación se calculó con odds ratio. Los resultados muestran conocimientos: 93% de las gestantes consideró los signos de alarma como indicadores de peligro para la madre y el feto; el 100% sabía que debe acudir a un centro de salud de inmediato. Prácticas: Los signos por los cuales la mayor proporción de gestantes acudió a emergencia fueron convulsiones (100%), no crecimiento de barriga conforme a la gestación (100%), ardor al orinar (86,1%), sangrado vaginal (84,4%) y fiebre (84,2%). Conclusiones: La mayoría de pacientes consideró a los signos de alarma como peligro; de presentarse algunos de estos signos, todas conocían que deben acudir a un centro de salud inmediatamente y siempre acudirían. Se requiere estudios cualitativos para determinar las causas por las cuales, a pesar del conocimiento, algunas gestantes no acuden a tiempo. (5)

Colachahua M, Lima (2015) en su estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo, cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento de las señales de alarma y conducta de la paciente con morbilidad materna extrema atendida en el Instituto Nacional Materno

Perinatal. Enero-Febrero 2015. Se estudió a 60 pacientes que presentaron morbilidad materna extrema. Se realizó muestreo no probabilístico y la técnica de muestreo fue por conveniencia. Para medir las variables de estudio se utilizó como instrumentos 2 cuestionarios que fueron recolectados mediante la técnica de la encuesta. Para describir las variables cuantitativas se usó medidas de tendencia central y dispersión, para las variables cualitativas se usó frecuencias absolutas y relativas. Se describió y midió la conducta y el nivel de conocimiento de las señales de alarma en pacientes con morbilidad materna extrema. Resultados: Las causas de morbilidad materna extrema que motivaron el ingreso de la paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos Maternos (UCIM) fueron: Preeclampsia - Sindrome de Hellp (45%), Sepsis (21,6%), Hemorragia (15%), Aborto (5,0%) y Otros (13,4 %). Las principales señales de alarma que presentaron las pacientes fueron: Cefalea (56,7%), seguido de la edema de manos, pies y/o cara (45,0%), sangrado vaginal (35,0%) y pérdida de líquido amniótico (31,7%), menos frecuente fueron los pacientes que presentaron molestias urinarias (10,0%). El nivel de conocimiento de las señales de alarma en la mayoría de las pacientes con morbilidad materna extrema fue regular (66,7%), la tercera parte tenía un bajo nivel de conocimiento (33,0%) y solo 2 pacientes tuvieron un alto nivel de conocimiento (3,3%). En relación a la conducta frente a las señales de alarma en las pacientes que presentaron morbilidad materna extrema se observó que ésta fue la adecuada en un 76,7%, éste resultado que presentaron es debido a que las pacientes respondieron apropiadamente la conducta a seguir según la información brindada por el personal de salud en la atención prenatal, como es el de acudir inmediatamente al centro de salud más cercano, una vez identificado alguna señal de alarma. Además 23,3% de pacientes respondieron de forma “No adecuada” frente a las señales de

alarma. Conclusiones: El nivel de conocimientos sobre las señales de alarma en las pacientes que presentaron morbilidad materna extrema fue en su mayoría “Regular” (66,7%); y la conducta en el 76,7% de las pacientes fue “Adecuada”, ya que ante la presencia de alguna señal de alarma éstas acudieron inmediatamente al establecimiento de salud más cercano. (6)

Gonzáles B, Lima (2016) en su tesis “Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Signos y Síntomas de alarma en gestantes atendidas en la unidad de alto riesgo obstétrico del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Estudio de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, comparativo – correlacional. Desarrollado bajo los lineamientos del diseño no experimental de corte transversal. Se desarrolló en 156 gestantes hospitalizadas en la unidad de alto riesgo obstétrico. Se empleó un instrumento estructurado en tres partes: Conocimientos, Actitudes y Prácticas. Resultados: Según la valoración de probabilidad de la prueba Chi cuadrado, existe dependencia significativa entre los niveles de conocimientos y actitudes frente a las señales de alarma durante el embarazo en general (X2=69.720; gl=4; p=0.000) y según signos (X2=27.946; gl=4; p=0.000) y síntomas (X2=30.605; gl=4; p=0.000); el nivel alto de conocimiento se asocia con una actitud favorable, el nivel medio de conocimiento se asocia con una actitud de indiferencia, y el nivel bajo de conocimiento se asocia con una actitud desfavorable frente a los signos y síntomas de alarma durante el embarazo. Conclusiones: En líneas generales, las gestantes que tiene mayor conocimiento sobre las señales de alarma (en general y según: signos y síntomas), tienen actitudes favorables, comparadas con las que tienen alguna idea sobre los signos y síntomas lo cual las lleva a ser indiferentes frente a los mismos, y consecuentemente, las que

desconocen, no tiene actitudes alentadoras frente a los signos y síntomas que puedan presentar. (7)

Maita A, Arequipa (2016) en su estudio transversal, prospectivo, analítico de nivel correlacional, el objetivo fue: Identificar el nivel de conocimiento y las actitudes frente a los signos y síntomas de alarma del embarazo y relacionar el nivel de conocimientos con las actitudes de las gestantes; en una muestra de 133 gestantes del Centro de Salud Mariano Melgar Arequipa. Las conclusiones fueron: El 76.7% de gestantes tuvieron buen nivel de conocimiento. El 94% respondieron con actitudes favorables para el cuidado de la salud. Existe asociación entre el nivel de conocimientos y las actitudes respecto de los signos y síntomas de alarma del embarazo El rechazo a las actitudes negativas se presenta con alta significancia estadística así se tiene: “Frente al dolor de cabeza, esperar que pase” (x2 =16.224; p=0.003); “Esperar frente al sangrado genital” (x2 =20.567; p=0.000); “Prefiero atención de empíricos” (x2 =14.258; p=0.007); “El control prenatal es pérdida de tiempo” (x2 =14.5; p=0.002); “Frente a un signo de alarma esperaría la cita del CPN” (2 =12.199; p=0.007); “Quedarse en casa frente a signos de alarma” (2 =10.570 p=0.014). Se recomienda en general incidir en la información a las gestantes sobre signos y síntomas de alarma del embarazo para prevenir complicaciones materno-perinatales. (8)

Luque I, Lima (2017) en su tesis: “Conocimiento y actitudes sobre signos y síntomas de los trastornos hipertensivos en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil “Ollantay”, San Juan de Miraflores, junio-julio 2017. Investigación de tipo observacional, de diseño descriptivo, prospectivo de corte transversal, con una muestra de 177 usuarias. Se aplicó un cuestionario de conocimientos sobre los signos y síntomas de los trastornos hipertensivos del embarazo

validado por criterio de jueces y un instrumento (Escala de Likert) de actitud validado anteriormente en un trabajo de investigación en la Universidad Autónoma de Madrid. Resultados: Del 100% de gestantes el 77.0% está comprendida entre 21 a 34 años, el 76.8% son conviviente, el 40.6% tienen secundaria completa y el 70.0% son ama de casa. Además, el 35.0% son nulíparas, el 22.6% tuvo un aborto, el 12.9% de las gestantes presentó antecedentes de trastornos hipertensivos del embarazo y el 9% por lo menos tuvo un parto prematuro. El conocimiento sobre los signos y síntomas de los trastornos hipertensivos del embarazo en la mayoría de las gestantes fue medio (51.4%), nivel de conocimiento alto (38.9%) y el 9.6% de las gestantes tuvieron un bajo nivel de conocimiento, de los cuales el 58% de las gestantes encuestadas conoce la definición sobre los trastornos hipertensivos del embarazo y el 53% conoce la importancia del consumo de calcio durante el embarazo. Respecto a las actitudes, predomina una actitud de indiferencia sobre los signos y síntomas de los trastornos hipertensivos del embarazo con 63.2%, seguido de una actitud de aceptación con 29.3 % (52) y una actitud de rechazo 7.34 %. Concluyendo que las gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil “Ollantay” en el año 2017, presentan un nivel de conocimiento “Medio” (51.4%) y una actitud “Indiferente” (63.9%), sobre los signos y síntomas de los trastornos hipertensivos del embarazo. (9)

Regionales:

Villacorta K, Iquitos (2017) en un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo, transversal, correlacional, cuyo objetivo era determinar el nivel de conocimiento y prácticas sobre Papanicolaou, en mujeres atendidas en el Centro de Salud de San Antonio, junio-julio 2017, se utilizó un instrumento que fue una encuesta mediante un cuestionario

que contenían las características sociodemográficas, características gineco obstétricas, conocimiento sobre Papanicolaou y prácticas sobre Papanicolaou. Los hallazgos indican que las mujeres atendidas tenían una edad promedio 35,48 + 10,0 años, siendo en su mayoría convivientes (77,6%), con educación secundaria (69,0%), principalmente amas de casa (84,5), procedentes de la zona urbana (63,8%). Asimismo su perfil gineco-obstétrico fue: el 41,4% inicio las relacione sexuales entre los 16 a 19 años, con parejas sexuales de 2 a 3 personas, gestaciones de dos a tres veces, pruebas de IVAA con resultados negativos y métodos anticonceptivos con inyectables. El nivel de conocimiento de las mujeres sobre la prueba del Papanicolaou fue de un nivel regular (81,0%) y bueno (17,0%). Las prácticas sobre la prueba del Papanicolaou fueron inadecuadas (79,3%) y adecuados (20,7%). No hubo relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento y la práctica de las mujeres frente a la prueba del Papanicolaou (p =0,291) (>0,05) (10)

1.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

El puerperio es la etapa que transcurre después de la expulsión de la placenta hasta los 42 días posteriores al parto, al igual que en la etapa del embarazo, en el parto, y en el puerperio se producen complicaciones que pone en riesgo la vida y la salud de la mujer y si no se actúa oportunamente puede ocasionar muerte materna.

En el ámbito mundial, aproximadamente un 80% de las muertes maternas se deben a causas directas. Las cuatro causas principales son las hemorragias intensas, infecciones ocurridas en la etapa de puerperio, los trastornos hipertensivos del embarazo (pre eclampsia, eclampsia) y complicaciones en el parto. Así mismo la mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. El 2015 se estimaron unas 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado. El alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres. La casi totalidad (99%) de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo: más de la mitad al África subsahariana y casi un tercio a Asia Meridional. Más de la mitad de las muertes maternas se producen en entornos frágiles y contextos de crisis humanitaria.

La razón de mortalidad materna ratio en los países en desarrollo en 2015 es de 239 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 12 por 100 000. Hay grandes disparidades entre los países pero también en un mismo país y entre mujeres con ingresos altos y bajos y entre la población rural y la urbana.

El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes de menos de 15 años. Las complicaciones del embarazo y el parto son una de las causas de muerte principales de las adolescentes en la mayoría de los países en desarrollo. (11)

En el Perú según cifras de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud, la mortalidad materna pasó en 20 años, de 769 defunciones en el año 1997 a 323 en el 2017 hasta la semana 44, lo que representa un descenso de 42%; mientras que la razón de mortalidad materna pasó desde el periodo 1990-1996, de 265 muertes maternas x 100,00 nacidos vivos, al 2015, a 68 x 100,000 nacidos vivos, lo que corresponde a un descenso del 75%. (12) En Loreto hasta la semana 44 del año 2017 se registraron 31 muertes maternas por causas directas e indirectas.(13) Este descenso que se registra en el Perú es debido al trabajo conjunto y a las diferentes estrategias implementadas en todos los niveles de atención; pero, es importante tener en cuenta que muchas mujeres adolescentes, mujeres que viven en extrema pobreza no cuentan con estudios lo que hace que no reconozcan los signos y síntomas de peligro en el embarazo o después del parto, este desconocimiento de la información hace que no acuden o busquen ayuda oportunamente, de ahí las 4 demoras en la atención de salud. En tal sentido es importante concientizar a la gestante y a la familia a reconocer las señales de peligro desde la atención prenatal.

Una de las estrategias importantes es la atención de parto institucional, pero es importante señalar que muchas de las mujeres después del parto migran a otros lugares y no acuden a sus controles por lo que cualquier complicación posterior al parto no es tomado en cuenta, siendo en la etapa del puerperio donde se presenta la primera causa de muerte que son las hemorragias, por lo tanto es importante que la mujer este concientizada y acuda a los establecimientos ante cualquier eventualidad.

El desconocimiento de la información, conjuntamente a la falta de reconocimiento de las señales de peligro y más a un a la demora en buscar ayuda incrementa las altas tasas de mortalidad materna en todo del mundo, alarmante situación sobre todo por las consecuencias que esto genera a la familia y a la sociedad, por lo que es importante planteamos la siguiente pregunta: **¿Cuáles son las actitudes y prácticas frente a las señales de peligro en el puerperio en el Hospital Iquitos César Garayar García de mayo a julio 2019?**

1.3. OBJETIVOS.

1.3.1 Objetivo general

Identificar las actitudes y prácticas frente a las señales de peligro en el puerperio en el Hospital Iquitos César Garayar García de mayo a julio 2019.

1.3.2 Objetivos específicos.

1. Identificar las características sociodemográficas en puérperas atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de mayo a julio 2019.
2. Identificar las características obstétricas en puérperas atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de mayo a julio 2019.
3. Describir la actitud frente a las señales de peligro en el puerperio en el Hospital Iquitos César Garayar García, de mayo a julio 2019.
4. Identificar las prácticas frente a las señales de peligro en el puerperio en el Hospital Iquitos César Garayar García, de mayo a julio 2019.

CAPÍTULO II

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1 Puerperio.

Es el periodo comprendido entre la salida de la placenta hasta los 42 días El puerperio puede ser:

a. Inmediato: las primeras 24 horas. Considerar una vigilancia estricta las dos primeras horas por ser la etapa de mayor posibilidad de hemorragia post parto, que es una de las primeras causas de muerte materna en el Perú.
b. Mediato: los primeros 7 días. Considerar la posibilidad de infección puerperal.
c. Tardío: desde el 8vo día hasta las 6ta semana o 42 días. (14)

Aunque se trata de un periodo relativamente simple en comparación con el embarazo, el puerperio se caracteriza por muchos cambios fisiológicos. Algunos de ellos pueden representar sólo molestias menores para la nueva madre, pero es posible también que surjan complicaciones graves. (15)

2.1.2 Aspectos anatómicos, fisiológicos y clínicos. (15)

Vagina e introito: Al principio del puerperio, la vagina y el orificio vaginal forman un conducto amplio con paredes uniformes que decrece en tamaño de forma gradual, si bien rara vez alcanza las dimensiones de las nulíparas.

Las arrugas reaparecen hacia la tercera semana, pero no son tan notorias como antes. El himen está representado por varias y pequeñas proyecciones de tejido que cicatrizan para formar las carúnculas mirtiformes. El epitelio vaginal empieza a proliferar entre las

cuatro y seis semanas, por lo general junto con el reinicio de la producción de estrógenos ováricos. Las laceraciones o la distensión del perineo durante el parto pueden provocar relajación del introito vaginal.

Útero Y Vasos sanguíneos: El riego sanguíneo muy aumentado del útero, necesario para mantener el embarazo, es posible por la hipertrofia y la remodelación notoria de todos los vasos pélvicos; después del parto, su calibre disminuye hasta casi el anterior a la gestación. Dentro del útero puerperal, los grandes vasos sanguíneos se obliteran por cambios hialinos, con resorción gradual, y se sustituyen por vasos más pequeños. Sin embargo, pueden persistir vestigios menores de los vasos más grandes durante años.

Cuello uterino y segmento uterino inferior: Durante el trabajo de parto, el borde externo del cuello uterino, que corresponde al orificio externo, se lacera, casi siempre en sus caras laterales. El orificio del cuello uterino se contrae lentamente y durante varios días después del parto es permeable a dos dedos. Hacia el final de la primera semana el orificio se cierra, el cuello uterino aumenta de espesor y se forma de nueva cuenta el canal endocervical. El orificio externo del cuello no recupera en su totalidad el aspecto que tenía antes del embarazo. Es todavía un poco más amplio y, de manera característica, las depresiones bilaterales correspondientes al sitio de las laceraciones se vuelven permanentes. Estos cambios son típicos de un cuello uterino paro. El segmento uterino inferior adelgazado se contrae y retrae, pero no con tanta fuerza como el cuerpo uterino.

Durante algunas semanas, el segmento uterino inferior se transforma, de una subestructura definida de dimensiones suficientes para permitir el paso de la cabeza fetal a un istmo uterino casi imperceptible situado entre el cuerpo y el orificio interno del cuello uterino. El epitelio del

cuello uterino se remodela en grado considerable con el parto y esto puede tener beneficios para la salud.

Involución uterina: Inmediatamente después de la expulsión de la placenta, el fondo del útero contraído se sitúa casi a nivel de la cicatriz umbilical. En esencia, consiste en el miometrio cubierto de serosa y revestido de decidua basal. Las paredes anterior y posterior, que son adyacentes y se encuentran en contacto, miden entre 4 y 5 cm de espesor cada una. Durante el puerperio inmediato, el útero pesa alrededor de 1 000 g. Puesto que sus vasos se hallan comprimidos por el miometrio contraído, el aspecto de un corte de útero es isquémico si se lo compara con el útero grávido hiperémico de color púrpura rojizo. Dos días después del parto, el útero empieza a involucionar, y para la primera semana pesa casi 500 g. A las dos semanas pesa alrededor de 300 g y ha descendido hacia la pelvis verdadera.
Casi 4 semanas después del parto recupera su tamaño pregestacional de 100 g o menos. El número total de células musculares no disminuye de manera ostensible. Por el contrario, las células individuales decrecen de forma notoria, de 500 a 800 mm 3 5 a 10 μm a término hasta 50 a 90 mm 3 2.5 a 5 mm en el puerperio. La involución del tejido conjuntivo ocurre con igual rapidez. La separación de la placenta y las membranas comprende la capa esponjosa, de tal manera que la decidua basal no se desprende. La decidua restante exhibe variaciones notables en cuanto a su espesor, tiene un aspecto irregular y se encuentra infiltrada de sangre, sobre todo en el lado placentario.

Entuertos: En la primípara, el útero tiende a mantenerse en contracción tónica después del parto. Sin embargo, en la multípara suele contraerse de manera vigorosa determinados intervalos, lo cual da lugar a los entuertos, que son similares pero casi siempre más leves que los

consecutivos a las contracciones del trabajo de parto. Estos dolores son más intensos conforme aumenta la paridad y se intensifican cuando el recién nacido succiona el seno materno, tal vez por la liberación de. Por lo general disminuyen y pierden intensidad hacia el tercer día.

Loquios: Al principio del puerperio, el desprendimiento del tejido decidual origina secreciones vaginales en cantidad variable. Las secreciones se denominan loquios y constan de eritrocitos, decidua desprendida, células epiteliales y bacterias. Durante los primeros días después del parto, la sangre los tiñe de color rojo y se conocen como lochia rubra. Sin embargo, después de tres o cuatro días los loquios palidecen (lochia serosa) y después del décimo día, por una mezcla de leucocitos y reducción de los líquidos, los loquios adquieren una coloración blancuzca o amarillenta (lochia alba). Los loquios persisten entre cuatro y ocho semanas después del parto.

Regeneración endometrial: Durante los primeros dos o tres días después del parto, la decidua restante forma dos capas. La capa superficial se necrosa y se desprende en forma de loquios. La capa basal adyacente al miometrio permanece íntegra y da origen al endometrio nuevo, el cual aparece gracias a la proliferación de los vestigios glandulares endometriales y el estroma del tejido conjuntivo interglandular. La regeneración endometrial es rápida, con excepción del sitio de la inserción placentaria. Aproximadamente en una semana, la superficie libre se cubre de epitelio y Sharman (1953) identificó un endometrio por completo restablecido en las muestras para biopsia obtenidas a partir del día 16 del puerperio. La endometritis histológica forma parte en la reparación normal. Además, en casi 50% de las puérperas se observan cambios inflamatorios microscópicos

característicos de salpingitis aguda entre cinco y 15 días después del parto. No obstante, estos cambios no reflejan una infección.

Sub involución: Este término describe la interrupción o el retraso de la involución. Se acompaña de loquios prolongados y hemorragia uterina irregular o excesiva, que en ocasiones es abundante. En la exploración bimanual, el útero es más grande y blando que lo esperado. Tanto la retención de restos placentarios como la infección pélvica pueden inducir involución insuficiente. Algunos médicos recomiendan administrar ergonovina o metilergonovina, 0.2 mg cada 3 a 4 h durante 24 a 48 h, para el tratamiento de este trastorno, pero su eficacia es cuestionable.

Involución del sitio de inserción placentaria: La extrusión completa del sitio de la inserción placentaria tarda hasta seis semanas. Cuando este proceso es deficiente
se produce una hemorragia puerperal tardía. Justo después del parto, el sitio de inserción placentaria es del tamaño de la mano, pero disminuye con rapidez. Durante las primeras horas tras el parto, el sitio de inserción placentaria consta casi siempre de numerosos vasos trombosados que al final experimentan organización. Hacia el término de la segunda semana, mide entre 3 y 4 cm de diámetro.

Vías urinarias: El traumatismo vesical se vincula de manera más estrecha con la duración del trabajo de parto y, hasta cierto grado, es un acompañante normal del parto vaginal. En el puerperio, la vejiga tiene una mayor capacidad y una insensibilidad relativa a la presión en su interior. Por ello son frecuentes la sobre distensión, el vaciamiento incompleto y el exceso de orina residual. Los uréteres y las pelvis renales dilatadas se restablecen en un lapso de dos a ocho semanas

después del parto. Por lo tanto, las infecciones urinarias durante esta etapa constituyen una inquietud de consideración, puesto que la orina residual y la bacteriuria en una vejiga traumatizada, combinadas con la dilatación de las pelvis renales y los uréteres, conducen a la infección.

Incontinencia: La incontinencia urinaria es rara en los primeros días posparto. No obstante, se ha observado una atención creciente en la posible aparición de incontinencia urinaria después del embarazo. Se han realizado valoraciones recientes y constantes del efecto del parto sobre la incontinencia urinaria y anal, así como del prolapso de órganos pélvicos. Estos efectos de largo plazo son complejos en su origen y se relacionan con numerosos factores que pueden ocasionar daño neuromuscular.

Peritoneo y pared abdominal: Los ligamentos ancho y redondo tardan tiempo considerable en recuperarse de la distensión y la relajación que ocurren durante el embarazo. Como resultado de la rotura de las fibras elásticas en la piel y la distensión prolongada que origina el útero grávido, la pared abdominal permanece blanda y flácida. Deben transcurrir varias semanas para que estas estructuras se normalicen. El ejercicio favorece la recuperación. Con excepción de algunas estrías, la pared abdominal vuelve al aspecto que tenía antes del embarazo. No obstante, cuando los músculos se mantienen atónicos, la pared abdominal también permanece laxa. Algunas veces hay separación marcada de los músculos rectos (diastasis de los rectos).

Cambios de la sangre y los líquidos: Durante el trabajo de parto y poco después pueden presentarse leucocitosis y trombocitosis notorias. La cifra leucocítica alcanza en ocasiones hasta 30 000/ml, con

predominio de granulocitos, y se acompaña de linfopenia relativa y eosinopenia absoluta. En condiciones normales, la concentración de hemoglobina y el hematócrito varían en forma moderada durante los primeros días del puerperio. Sin embargo, si descienden por debajo de la cifra anterior al trabajo de parto, es probable que la mujer haya perdido una cantidad considerable de sangre.

Aunque no se ha estudiado de forma amplia, en la mayor parte de las mujeres el volumen sanguíneo retorna casi a su cifra pregestacional una semana después del parto. El gasto cardiaco suele mantenerse elevado durante 24 a 48 h posparto y declina hasta parámetros pregestacionales en 10 días. Los cambios de la frecuencia cardiaca siguen ese mismo patrón. La resistencia vascular sistémica sigue uno inverso. Se mantiene en los límites menores característicos del embarazo hasta los dos días posparto y después empieza a aumentar de modo constante hasta la cifras pregestacionales normales.

Los cambios de los factores de la coagulación inducidos por el embarazo persisten durante un periodo variable durante el puerperio. El fibrinógeno plasmático permanece elevado cuando menos durante la primera semana, al igual que la velocidad de sedimentación globular.

El embarazo normal se acompaña de un incremento considerable del agua extracelular, y la diuresis puerperal constituye la inversión fisiológica de este proceso. Esto sucede casi siempre entre el segundo y quinto días del puerperio y coincide con la pérdida de la hipervolemia residual del embarazo. En la preeclampsia aumentan la retención prenatal de líquidos y la diuresis puerperal.

Pérdida ponderal: Después del parto, la mujer pierde 5 a 6 kg por la evacuación uterina y la hemorragia normal y casi siempre experimenta una pérdida adicional

de 2 a 3 kg por la diuresis. Hay una reducción del espacio de sodio de unos 2 L durante la primera semana de puerperio, la mayoría de las mujeres alcanza su peso anterior al embarazo seis meses después del parto, aunque la mayoría conserva un excedente de 1.4 kg. Las mujeres indigentes tienen más probabilidades de conservar el peso que ganan durante el embarazo.

2.1.3 Manejo del puerperio institucional.(14)

Inmediatamente después del parto. Las primeras dos horas son las más importantes para prevenir y detectar complicaciones hemorrágicas en el post parto.

a. Identificar factores asociados a hemorragia post parto
b. Control de presión arterial y pulso: evaluar cantidad de sangrado, altura uterina y contracción uterina: en las primeras dos horas es cuando existe más riesgos de atonía uterina. Si existen otras patologías obstétricas, la monitorización debe hacerse mediante las siguientes 24 horas, prolongándose según la severidad del cuadro. Presión arterial y pulso materno cada 15 minutos hasta dos horas después del alumbramiento y luego cada 6 horas las primeras 24 horas, detectar precozmente signos de anemia por hemorragia (palidez, taquicardia e hipotensión), detectar signos del incremento de la presión arterial a 140/90 o más, evaluar cada 15 minutos la contracción uterina y el volumen de los loquios.
c. Examinar: mamas, altura uterina, genitales eternos, determinar características de los loquios, estado de hidratación, edemas y reflejos osteotendinosos
d. Indicar reposo de acuerdo al estado general de la puérpera. Hidratación de acuerdo al requerimiento. Alimentación normal.
e. Iniciar alojamiento conjunto madre-niño, promover la lactancia materna.

f. Asegurarse que la parturiente haya comprendido los signos de alarma del puerperio y donde solicitar ayuda.
g. Informar sobre los cuidados, higiene, vida sexual, signos de alarma, dar orientación y consejería y administrar anticoncepción.
h. Evaluar el alta a las 24 horas luego del parto.

2.1.4 Signos y síntomas de alarma. (14)

a. Fiebre
b. Secreción vaginal mal oliente
c. Molestias en la episiotomía
d. Enrojecimiento, dolor y calor en mamas
e. Molestias urinarias
f. Hemorragias
g. Cefalea
h. Hinchazón de cara pies y manos
i. Depresión post parto
j. Dolor intenso en el abdomen y pelvis

2.2 MARCO CONCEPTUAL.

- **Señales de peligro:** Señal que advierte de un riesgo o de un peligro.

- **Actitud:** Es el comportamiento habitual que se produce en diferentes circunstancias. Las actitudes determinan la vida anímica de cada individuo.

- **Practicas:** es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos.

- **Puerperio:** Es el periodo comprendido entre la salida de la placenta hasta los 42 días.

CAPÍTULO III

3.1 HIPÓTESIS.

Hipótesis alterna (H_1)

Las pacientes atendidas en el “Hospital Iquitos César Garayar García” tienen actitudes positivas y prácticas adecuadas frente a las señales de peligro en el puerperio.

Hipótesis nula (H_0)

Las pacientes atendidas en el “Hospital Iquitos César Garayar García” no tienen actitudes positivas y prácticas adecuadas frente a las señales de peligro en el puerperio.

3.2 VARIABLES.

1.1 Variable independiente:

Actitud y prácticas

7.2 Variable dependiente:

- Características sociodemográficos:

  Edad

  Grado de instrucción

  Procedencia

  Estado civil

  Ocupación

  Personas con la que vive

- Características obstétricas:

  Paridad

  Numero de Atención prenatal

2. Indicadores e índices.

Variables	Indicadores	Índices
Actitud	Positiva Negativa	4 a 5 menor de 4
Prácticas	Adecuado No adecuado	3 - 5 menor de 3

3.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

El presente estudio de investigación fue de tipo cuantitativo.

3.4 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

- Descriptivo: Porque el propósito fue identificar las actitudes y prácticas frente a las señales de peligro en el puerperio en el Hospital Iquitos César Garayar García de mayo a julio 2019.
- Corte transversal: Porque se evalúo las variables una sola vez durante el período que ocurrió el estudio.
- Prospectivo: Porque se recolectó información en tiempo futuro.

3.5 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.5.1. Población.

La población de estudio estuvo conformada por 540 puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de mayo a julio del 2019.

3.5.2. Muestra.

La muestra de estudio a emplearse se calculó mediante la aplicación de la fórmula para poblaciones finitas:

$$n = \frac{N \times Z^2\alpha \times p \times q}{E^2 x (N - 1) + Z^2\alpha \times p \times q}$$

Z= 95% = 1,96 valor tabulado de la distribución normal estándar para α = 5%

p= 0.5

q= 1- 0.5 = 0.5

e= Error del 3% = 0.03

N = 540 puérperas

Aplicando la formula tenemos:

$$n = \frac{540 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.03^2 x\ (539) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

n = 178 puérperas.

3.5.2.1. Tipo de muestreo.

Se usó el muestreo de tipo probabilístico: aleatorio simple. Considerando los siguientes criterios:

3.5.2.2. Criterios de inclusión:

- Puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de mayo a julio del 2019.
- Puérperas de todas las edades

3.5.2.3. Criterios de exclusión:

- Puérperas referidas de otros establecimientos de salud.
- Puérperas de parto por cesárea

3.6 TÉCNICAS.

La técnica empleada fue la entrevista lo que permitió recolectar información de las señales de peligro y la actitud y prácticas de las puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García

3.7 INSTRUMENTOS.

Se aplicó una entrevista estructurada que se ha confeccionado para el presente estudio, usando como referencia otros estudios similares, la cual fue sometida al proceso de validación por juicio de expertos, del cual se obtuvo una validez del instrumento de un 98%. La entrevista estuvo conformada por cuatro partes, la primera recolectó información sobre las características demográficas de las puérperas, la segunda las características obstétricas, la tercera sobre la actitud de las puérperas ante las señales de peligro, clasificada como positiva de 4 a 5 puntos y negativa menor de 4 puntos y la cuarta parte recolectó información sobre las prácticas de las puérperas ante las señales de peligro, clasificada como adecuada de 3 a 5 puntos y no adecuada menor de 3.

3.7.1 Procedimiento de recolección de datos:

- Se gestionó el permiso correspondiente al Director del Hospital Iquitos César Garayar Garcia, al Jefe de Departamento de Gineco-Obstetricia.
- Concedido el permiso se procedió a recolectar la información de las historias clínicas y a realizar la entrevista, para la cual se procedió a seleccionar a las puérperas de mayo a julio 2019.
- Las puérperas seleccionadas fueron informadas sobre el estudio a realizarse, firmaron el consentimiento informado previa aceptación y se procedí a aplicar la encuesta diseñada para el estudio.

3.8 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.

- Una vez recolectada los datos fueron transferirlos a una base de datos diseñada en el programa Excel y SPSS versión 22, con un 95% de confiabilidad y significancia alfa 0.05 donde se analizaron los datos,

para la tabulación y elaboración de las tablas lo que permitió explicar los objetivos planteados.

3.9 ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN.

- Durante el desarrollo de la investigación se respetó el derecho de las puérperas que participaron en el estudio.
- Se aplicó el consentimiento informado a cada participante.
- En todo momento se respetó la decisión de la puérpera si deseaba retirarse del estudio.
- Las puérperas recibieron información acerca de los objetivos del estudio.
- La recolección de datos y el análisis fueron anónimas respetando la confidencialidad de la información obtenida, los cuales fueron usados con el propósito firme de la presente investigación.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

I. Características sociodemográficas en pacientes atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de mayo a julio 2019.

Tabla Nº 1

Puérperas según edad atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de mayo a julio 2019

Edad	Frecuencia	Porcentaje
De 20 a 34 años	104	58.4
Menor de 19 años	57	32.0
Mayor de 35 años	17	9.6
Total	**178**	**100.0**

Fuente: Hospital Iquitos César Garayar

Tabla Nº 1 muestra la edad de las puérperas atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García, de los cuales, el 58.4% tuvieron de 20 a 34 años de edad, el 32.0% son menores de 19 años de edad y el 9.6% mayores de 35 años de edad.

Tabla Nº 2

Puérperas según grado de instrucción atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de mayo a julio 2019

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Secundaria	121	68.0
Primaria	34	19.1
Superior técnico	17	9.6
Superior universitario	6	3.4
Total	**178**	**100.0**

Fuente: Hospital Iquitos César Garayar

Tabla Nº 2 se observa que el 68.0% de las puérperas tuvieron estudios secundarios; el 19.1% estudios primarios; el 9.6% estudios superior técnico y el 3.4% estudios superior universitario.

Tabla Nº 3

Puérperas según procedencia atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de mayo a julio 2019

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	95	53.4
Urbano-Marginal	49	27.5
Rural	34	19.1
Total	**178**	**100.0**

Fuente: Hospital Iquitos César Garayar

Tabla Nº 3 muestra que el 53.4% de la puérperas fueron de procedencia urbana; el 27.5% procedencia de la zona urbano-marginal y el 19.1% fueron de procedencia rural.

Tabla Nº 4

Puérperas según estado civil atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de mayo a julio 2019

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Conviviente	141	79.2
Soltera	26	14.6
Casada	11	6.2
Total	**178**	**100.0**

Fuente: Hospital Iquitos César Garayar

Tabla Nº 4 se observa que el 79.2% de las puérperas fueron convivientes; el 14.6% solteras y el 6.2% casadas.

Tabla Nº 5

Puérperas según ocupación atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de mayo a julio 2019

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	117	65.7
Independiente	38	21.3
Estudiante	23	12.9
Total	**178**	**100.0**

Fuente: Hospital Iquitos César Garayar

Tabla Nº 5 se muestra que el 65.7% de las puérperas fueron amas de casa; el 21.3% de ocupación independiente independientes y el 12.9% fueron estudiantes.

Tabla Nº 6

Puérperas atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de mayo a julio 2019

¿Quienes viven con Ud.?	Frecuencia	Porcentaje
Pareja e hijos	85	47.8
Padres, hermanos, pareja e hijos	46	25.8
Suegros, pareja, Hijos y otros	46	25.8
Pareja	1	0.6
Total	**178**	**100.0**

Fuente: Hospital Iquitos César Garayar

Tabla Nº 6 se observa que, ante la pregunta formulada quienes viven las puérperas, 47.8% respondieron con la pareja e hijos y el 0.6% solo vive con su pareja.

II. Características obstétricas en pacientes atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de mayo a julio 2019.

Tabla Nº 7

Puérperas según paridad atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de mayo a julio 2019

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
Multigesta	110	61.8
Primigesta	68	38.2
Total	**178**	**100.0**

Fuente: Hospital Iquitos César Garayar

Tabla Nº 7 muestra que el 61.8% de las puérperas fueron multigestas y el 38.2% primigestas.

Tabla Nº 8

Puérperas según atención prenatal atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de mayo a julio 2019

Atención prenatal	Frecuencia	Porcentaje
Mayor de 6 atenciones	114	64.0
6 atenciones	40	22.5
Menor de 6 atenciones	24	13.5
Total	**178**	**100.0**

Fuente: Hospital Iquitos César Garayar

Tabla Nº 9 se observa que el 64.0% de las puérperas tuvieron más de 6 atenciones; 22.5% tuvieron 6 atenciones y el 13.5% menos de 6 atenciones prenatales.

Tabla Nº 09

Actitud frente a las señales de peligro en el puerperio en el Hospital Iquitos César Garayar García, de mayo a julio 2019

Actitud	Frecuencia	Porcentaje
Positiva	173	97.2
Negativa	5	2.8
Total	**178**	**100.0**

En la tabla Nº 10 se observa que 97.2%% de las puérperas tienen una actitud positiva frente a las señales de peligro en el puerperio, y 2.8 % una actitud negativa, lo cual puede indicar la poca información y conocimiento sobre las señales de peligro.

Tabla Nº 10

Prácticas frente a las señales de peligro en el puerperio en el Hospital Iquitos César Garayar García, de mayo a julio 2019.

Practicas	Frecuencia	Porcentaje
Adecuadas	175	98.3
No adecuadas	3	1.7
Total	**178**	**100.0**

Tabla Nº 11 se observa que el 98.3% % de las puérperas tienen practicas adecuadas frente a las señales de peligro.

Practicas frente a las señales de peligro en el puerperio	Si		No	
	Nº	%	Nº	%
Si presento algún signo y/o síntoma (sangrado vaginal abundante, fiebre, escalofríos, secreción mal oliente, dolor en el vientre, enrojecimiento y dolor de mamas, dolor y ardor al orinar), después del parto acudo al establecimiento de salud inmediatamente.	176	98.9	2	1.1
Si presento algún signo y/o síntoma después del parto busco ayuda a un profesional de la salud.	177	99.4	1	0.6
Si presento algún signo y/o síntoma después del parto busco ayuda a alguien en mi localidad.	62	34.8	116	65.2
Cuando presento algún signo y/o síntoma después del parto espero en casa que me pase.	9	5.1	169	94.9
Si presento algún signo y/o síntoma después del parto tomo medicamentos sin consulta.	24	13.5	154	86.5

CAPÍTULO V

DISCUSION DE RESULTADOS

Al analizar las características sociodemográficas, en el estudio se encontró que el 58.4% de las puérperas tienen de 20-34 años, igual a lo encontrado por Luque I, Lima (2017) en su tesis: “Conocimiento y actitudes sobre signos y síntomas de los trastornos hipertensivos en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil “Ollantay”, San Juan de Miraflores, junio-julio 2017, encontró que el 77 % tenían entre 21 y 34 años.

Con relación al grado de instrucción se encontró que el 68.0% tienen nivel secundario, igual a lo encontrado por Luque I, en el que el 40,6% de las participantes tenían nivel secundario y con Villacorta K, Iquitos (2017) en su tesis “Nivel de conocimiento y prácticas sobre Papanicolaou, en mujeres atendidas en el Centro de Salud de San Antonio, junio-julio 2017” demostró que el 69,0% tenían nivel secundario; resultados que no son iguales a lo encontrado por Valencia S, Ecuador 2016 “Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre los trastornos hipertensivos del embarazo en mujeres en edad fértil en la comunidad Palmira Dávalos, cantón Guamote, de enero a junio del 2016” en el que el 46.6% tenían solo nivel primario.

En el estudio se muestra que el 53.4% de las puérperas fueron de procedencia urbana, igual a lo encontrado por Villacorta K, Iquitos (2017), que el 63,8% procedían de zona urbana.

Estado civil de las madres; en el estudio se encontró que 79.2% son convivientes; igual a lo encontrado por Luque I y Villacorta K que encontraron 76.8% y 77.6% respectivamente; resultados que no son iguales a lo

demostrado por Valencia S, en el que 51.1% de las participantes eran de estado civil solteras.

En relaciona la ocupación; en el estudio se encontró que 65.7% son amas de casa, igual a lo encontrado por Luque I, Valencia S y Villacorta K, que encontraron que también eran amas de casa en un 70.0%, 46.6% y 84.5% respectivamente.

A la pregunta ¿con quienes viven? 47.8% respondieron que viven con la pareja y con sus hijos, no encontrándose similitud y diferencia con otros estudios.

En el estudio el 61.8% de las puérperas son multíparas, igual resultado encontró por Luque I, en el que muestra que el 35.0% también son multíparas.

Número de atenciones prenatales; se encontró que el 64.0% tenían más de 6 atenciones prenatales no encontrándose similitud y diferencia con otros estudios.

Respecto a las prácticas se muestra que el 98.3% tienen prácticas adecuadas y el 1.7% no adecuadas debido a que no respondieron adecuadamente las preguntas relacionadas a la medicación y prefieren esperar en casa que los signos y/o síntoma pasen; resultado similar a lo encontrado por Valencia S, demostrando que el 53,3% poseían prácticas de autocuidado adecuadas sobre trastornos hipertensivos. En relaciona las actitudes el 97.2% de las puérperas tiene conductas positivas frente a las señales de peligro en el puerperio y 2.8% conductas negativas porque prefieren esperar la fecha de control para acudir al establecimiento y que pase las molestias; similar a lo encontrado por Colachahua M, Lima (2015) en su tesis “Nivel de conocimiento

de las señales de alarma y conducta de la paciente con morbilidad materna extrema atendida en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Enero-Febrero 2015", muestra una conducta adecuada en un 76,7%.

CONCLUSIONES

1. Se identificó las características sociodemográficas de las puérperas atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar; encontrando que las madres tenían entre de 20 a 34 años de edad, grado de instrucción secundaria, procedentes de zona urbana, de estado civil convivientes, ocupación amas de casa y viven solo con la pareja e hijos.

2. Se identificó las características obstétricas, encontrando que eran multíparas y con más de 6 atenciones prenatales.

3. Las puérperas atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar tienen una actitud positiva de frente a las señales de peligro en el puerperio.

4. Las puérperas atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar tienen practicas adecuadas frente a las señales de peligro en el puerperio.

RECOMENDACIONES

1. A los establecimientos de salud continuar con la sensibilización e información a las usuarias sobre las señales de peligro, durante la atención prenatal y después de la atención del parto para reducir la morbilidad y mortalidad materna.

2. A las universidades de la región, incentivar a realizar investigaciones relacionadas al tema de estudio.

3. Realizar estudios cualitativos en gestantes de la zona rural, para conocer los motivos por las cuales, prefieren alguna puérperas esperar y no acudir inmediatamente al establecimiento de salud partiendo de la premisa que sí tiene conocimientos sobre las señales de peligro en el puerperio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Justina Saire Pardo. Muerte Materna y Perinatal en el Perú - Monografias.com Salud.[Base de datos en línea]Perú. URL disponible: https://www.monografias.com/.../muerte-materna.../muerte-materna- perinatal-peru.s...

2. Hernández E. “Conocimientos, actitudes y prácticas de las madres primíparas del posparto inmediato, relacionado a la lactancia materna exclusiva del 01 al 30 de noviembre 2014” [Tesis para optar el título de enfermería], Escuintla - Guatemala: Universidad Rafael Landívar. 2015.

3. Torres Sh. Conocimientos de signos de peligro durante el embarazo, parto y puerperio en mujeres en edad fértil y personal de salud. Santa Catarina Ixtahuacán, Sololá, agosto 2015 [Tesis para optar el título de Médico], Guatemala: Universidad Rafael Landívar. 2015.

4. Valencia R. “Relación entre conocimientos, actitudes y prácticas sobre los trastornos hipertensivos del embarazo en mujeres de edad fértil. Palmira Dávalos, Guamote, enero a junio 2016” [Tesis para optar el título de especialista en medicina familiar y comunitaria], Riobamba – Ecuador: Instituto de Posgrado y Educación Continua de la ESPOCH. 2016.

5. Ticona D, Tores L, Et al. Conocimientos y prácticas sobre signos de alarma de las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre- Niño San Bartolomé, Lima, Perú. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia vol.60 no.2 Lima abr. 2014.

6. Colachahua M. “Nivel de conocimiento de las señales de alarma y conducta de la paciente con morbilidad materna extrema atendida en el Instituto

Nacional Materno Perinatal. enero-febrero 2015" [Tesis para optar el título de Obstetra], Lima - Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2015.

7. Gonzáles B. "conocimientos, actitudes y prácticas sobre signos y síntomas de alarma en gestantes atendidas en la unidad de alto riesgo obstétrico del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen" [Tesis para optar el título de Médico Cirujano], Lima - Perú: Universidad Ricardo Palma 2016.

8. Maita A, Villanueva L."Nivel de conocimiento y actitudes sobre signos y síntomas de alarma del embarazo en gestantes atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar 2016" [Tesis para optar el título de Obstetra] Arequipa - Perú: Universidad de Ciencias de la Salud 2016.

9. Luque I. "Conocimiento y actitudes sobre signos y síntomas de los trastornos hipertensivos en gestantes, Centro Materno Infantil "Ollantay", junio - julio 2017" [Tesis para optar el título de Obstetra] Lima - Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2017.

10. Villacorta K. "Nivel de conocimiento y prácticas sobre Papanicolau, en mujeres atendidas en el Centro de Salud de San Antonio, junio-julio 2017" [Tesis para optar el título de Obstetra] Loreto - Perú: Universidad Científica del Perú. 2016.

11. Mortalidad materna [Base de datos en línea] Ginebra. World Health Organization.[16 feb. 2018]URL disponible en:www.who.int › Acceso › Centro de prensa › Notas descriptivas › Detail.

12. Enrique Guevara Ríos. Estado actual de la mortalidad materna en el Perú. Rev. Perú Investig Matern Perinat. 2016; 5(2):7-8. URL disponible: www.inmp.gob.pe/descargar_repositorio?...Mortalidad_Materna...Mortalidad_Matern...

13. Numero de muerte materna Perú 2000-2017-DGE [Base de datos en línea] Perú. Centro Nacional de Epidemiologia, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA [2017] Perú. URL disponible: www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2017/SE44/mmaterna.pdf

14. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y reproductiva. Ministerio de Salud. Perú, 2007.

15. Cunningham, F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetricia. México: Mexicana; 2011.

ANEXOS

Anexo Nº 1

Consentimiento informado

ACTITUDES Y PRÁCTICAS FRENTE A LAS SEÑALES DE PELIGRO EN EL PUERPERIO EN EL HOSPITAL IQUITOS CÉSAR GARAYAR GARCÍA DE MAYO A JULIO 2019

Soy egresada de la Universidad Científica del Perú, de la carrera profesional de Obstetricia, con la finalidad de obtener el título profesional estoy realizando un estudio de investigación, cuyo objetivo es determinar las actitudes y practicas frente a las señales de peligro en el puerperio; por lo que se le pide que conteste unas preguntas relacionado al tema, cuyos resultados permitirá implementar estrategias o mejorar la educación a las puérperas que contribuya a disminuir las muertes maternas. Su participación es completamente voluntaria; si no desea hacerlo continuará con su atención habitual y su negativa no le traerá ningún inconveniente.

El estudio permitirá obtener información a través de una encuesta en un solo momento, en la cual Ud. podrá realizar todas las preguntas que crea conveniente relacionado al estudio y no le generará ningún gasto.

Si Ud. acepta participar en el estudio, , se procederá a revisar su Historia Clínica y a preguntarle sobre la edad, grado de instrucción, procedencia, ocupación, estado civil, persona con la que vive, paridad, atenciones prenatales, posteriormente se le preguntará sobre las actitudes y practicas frente a las señales de peligro en el puerperio, la entrevista tendrá una duración máxima de 15 minutos, será totalmente anónima, respetando en todo momento la confidencialidad, no se consignara su nombre ni su número de documento de identidad, la información solo se usara para los fines del estudio, que al final del estudio las encuestas serán eliminadas.

Nombre del investigador:

Fecha:

Anexo Nº 2

ACTITUDES Y PRÁCTICAS FRENTE A LAS SEÑALES DE PELIGRO EN EL PUERPERIO EN EL HOSPITAL IQUITOS CÉSAR GARAYAR GARCÍA DE MAYO A JULIO 2019

Declaración y firma del participante

código:

Yo……

- He leído y comprendido la hoja de información que me ha sido entregada
- He podido hacer todas las preguntas que me preocupan del estudio
- He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas
- Comprendo que mi participación es voluntaria
- Se respetará el anonimato y la confidencialidad
- Se recolectara la información solo con fines de investigación

En tal sentido consiento que se me incluya en la investigación, para lo cual firmo este documento.

…….
Firma

……..
Día Mes Año

Anexo Nº 3

Entrevista estructurada

ACTITUDES Y PRÁCTICAS FRENTE A LAS SEÑALES DE PELIGRO EN EL PUERPERIO EN EL HOSPITAL IQUITOS CÉSAR GARAYAR GARCÍA DE MAYO A JULIO 2019

I. Características sociodemográficas:

1. Edad:
   a) Menor de 19 años b) 20 a 35 años c) Mayor de 35 años
2. Grado de instrucción:
   a) Sin instrucción b) Primaria c) Secundaria d) Superior técnico d) superior universitario
3. Procedencia:
   a) Urbano b) Urbano-marginal c) Rural
4. Estado civil:
   a) Soltera b) Conviviente c) Casada
5. Ocupación:
   a) Ama de casa b) Independiente c) Estudiante
6. ¿Quienes viven con Ud:
   a) Pareja e hijos
   b) Padres, hermanos, pareja e hijos
   c) Pareja
   d) Suegros, pareja, hijos y otros

II. Características obstétricas:

1. Paridad:
   a) Primigestas b) multígestas
2. Atención prenatal:
   a) Menor de 6 b) 6 controles c) mayor de 6

III. Practicas:

1. Si presento algún signo y/o síntoma (sangrado vaginal abundante, fiebre, escalofríos, secreción mal oliente, dolor en el vientre, enrojecimiento y dolor de mamas, dolor y ardor al orinar), después del parto acudo al establecimiento de salud inmediatamente.
   a. Si
   b. No
2. Si presento algún signo y/o síntoma después del parto busco ayuda a un profesional de la salud.
   a. Si
   b. No
3. Si presento algún signo y/o síntoma después del parto busco ayuda a alguien en mi localidad.
   a. Si
   b. No
4. Cuando presento algún signo y/o síntoma después del parto espero en casa que me pase.
   a. Si
   b. No
5. Si presento algún signo y/o síntoma después del parto tomo medicamentos sin consulta.
   a. Si
   b. No

IV. Actitud de la pacientes ante las señales de peligro:

¿Si después del parto presentará alguna señal de peligro. Ud que haría?

Actitud frente a la señal de peligro	5	4	3	2	1
Acudir al establecimiento de salud inmediatamente					
Esperar que llegue algún familiar para acudir inmediatamente					
Esperar la fecha de mi control					
Esperar que pase solo las molestias					
Tomar algún medicamento y esperar que pase					
Tomar algún medicamento y esperar la fecha del control					
Acudir a alguien que conozca (partera)					

Anexo Nº 4

ESCALA DE CALIFICACIÓN PARA VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Título del proyecto:

ACTITUDES Y PRÁCTICAS FRENTE A LAS SEÑALES DE PELIGRO EN EL PUERPERIO EN EL HOSPITAL IQUITOS CÉSAR GARAYAR GARCÍA DE MAYO A JULIO 2019

Nombre del experto:……
Instrumento:……
Fecha:
Institución a la que pertenece el experto:……
Estimado (a):
Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.
Marque con una X en **SI o NO** en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. La estructura del instrumento es adecuado			
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio			
3. Las preguntas están formuladas con terminología clara, sencilla y precisa			
4. Las preguntas o ítems están formuladas de acuerdo al tipo de sujetos que se pretende aplicar			
5. Las preguntas o ítems están formuladas con terminología actualizada (conceptos, constructos, dimensiones, indicadores)			
6. Las preguntas o ítems incluyen todo el dominio del contenido de las variables a medir (no deja ningún indicador a evaluar de cada uno de las variables)			
7. Las preguntas o ítems están orientadas a cada una de la variables a medir			
8. El total de la pregunta abarca todo las variables a estudiar			
9. El número de preguntas es adecuado para su aplicación.			

SI= 1 NO= 2

Evaluación de validación del instrumento:

Valor %	Interpretación de la validez
0 – 24%	Muy baja
25 – 49%	Baja
50 – 69%	Regular
70 – 89%	Aceptable
90 – 100%	Elevada

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Titulo	Problema general y especifico	Objetivo general y específico	Hipótesis general	Variables e indicadores	Tipo y diseño de investigación	Métodos y técnicas de investigación	Población y muestra de estudio
Actitudes y prácticas frente a las señales de peligro en el puerperio en el Hospital Iquitos César Garayar García de mayo a julio 2019.	**Problema general** ¿Cuáles son las actitudes y prácticas frente a las señales de peligro en el puerperio en el Hospital Iquitos César Garayar García de mayo a julio 2019? **Problemas específicos** ➢ ¿Cuáles son las características sociodemográficas en pacientes atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de mayo a julio 2019? ➢ ¿Cuáles son las características obstétricos en	**Objetivo general** Identificar las actitudes y prácticas frente a las señales de peligro en el puerperio en el Hospital Iquitos César Garayar García de mayo a julio 2019? **Objetivos específicos** ➢ Identificar las características sociodemográficas en pacientes atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de mayo a	**Hipótesis alterna: H_1** Las pacientes atendidas en el "Hospital Iquitos César Garayar García" tienen actitudes positivas y prácticas adecuadas frente a las señales de peligro en el puerperio. **Hipótesis nula: H_0** Las pacientes atendidas en el "Hospital Iquitos César	**Variable independiente:** Actitud y practicas **Variable dependiente**: Características sociodemográficas: ✓ Edad ✓ Grado de instrucción ✓ Procedencia ✓ Estado civil ✓ Ocupación ✓ Persona con la que vive Características obstétricas:	➢ Cuantitativo ➢ Descriptivo ➢ Corte transversal ➢ Prospectivo	**Técnica:** Entrevista **Instrumento:** Entrevista estructurada	**La población de estudio:** Estará conformado por 540 puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de mayo a julio 2019. **Muestra:** La muestra estará conformada por 178 puérperas. **Tipo de muestreo:** Probabilístico

	pacientes atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de mayo a julio 2019? ➢ ¿Cuál es la actitud frente a las señales de peligro en el puerperio en el Hospital Iquitos César Garayar García, de mayo a julio 2019? ➢ ¿Cuáles son las prácticas frente a las señales de peligro en el puerperio en el Hospital Iquitos César Garayar García, de mayo a julio 2019?	julio 2019. ➢ Identificar las características obstétricas en pacientes atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de mayo a julio 2019. ➢ Describir la actitud frente a las señales de peligro en el puerperio en el Hospital Iquitos César Garayar García, de mayo a julio 2019. ➢ Identificar las prácticas frente a las señales de peligro en el puerperio en el Hospital Iquitos César Garayar García, de mayo a julio 2019.	Garayar García" no tienen actitudes positivas y prácticas adecuadas frente a las señales de peligro en el puerperio.	✓ Paridad ✓ Atención prenatal			: aleatorio simple

MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variables	Indicador	Definición conceptual	Escala	Instrumento
Variable independiente Actitud Practicas	a) Positivo b) negativo a) Adecuado b) No adecuado	Es el comportamiento habitual que se produce en diferentes circunstancias. Las actitudes determinan la vida anímica de cada individuo. Es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos.	Ordinal	Encuesta
Variable dependiente **Característica sociodemográficas** Conjunto de características sociales y demográficas, de la unidad de estudio como su edad, grado de instrucción, procedencia, estado civil, ocupación, persona con la que vive	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del parto.	Continua	Encuesta
	Grado de instrucción	Grado académico alcanzado al momento de la intervención: **a)** Sin instrucción **b)** Primaria **c)** Secundaria **d)** Superior técnico **e)** Superior universitario	Nominal	
	Procedencia	Se define como la dirección registrada en la historia clínica, debido a que es un estudio retrospectivo **a) Urbano**: Procede de la zona céntrica o dentro del perímetro urbano de la ciudad. **b) Urbano marginal:** Procede de áreas alejadas del perímetro urbano. **c) Rural:** Procede de pueblos, caseríos aledaños de la ciudad.	Nominal	
	Estado civil	Estado en la persona con respecto a sus deberes y derechos con niveles sociales, económicos y legales: **a) Soltera:** que vive sola con	Nominal	

Variables	Indicador	Definición conceptual	Escala	Instrumento
		sus hijos y no tiene vínculo con el padre. **b) Conviviente:** que convive con su pareja pero no tienen vinculo legal. **c) Casada:** Tiene vinculo legal (civil) con su pareja.		Encuesta
	Ocupación Persona con la que vives	Persona que se dedica a una labor o trabajo. a) **Ama de casa**: mujer que se ocupa del hogar. b) **Comerciante**: mujer que se dedica a la venta. **c) Estudiante**: mujer que cursa estudios. **a)**Pareja e hijos **b)** Padres, hermanos, pareja e hijos **c)** Pareja **d)** Suegros, pareja, hijos y otros	Nominal	
Características obstétricas: Es toda característica asociada al parto y puerperio: Paridad, atención prenatal	Formula obstétrica	**Paridad:** Mujer que ha parido por cualquier vía (vaginal o cesárea) uno recién nacido vivo o muerto. **a) Primípara:** Solo tuvo 1 parto. **b) Multípara:** tuvo entre 2 a más partos.	Nominal	
	Nº de Atención prenatal	**Atención prenatal:** Evaluación con enfoque de riesgo que efectúa el profesional de salud en la mujer gestante vigilando su bienestar y el de su producto de la concepción: a) Menor de 6 b) 6 controles c) Mayor de 6	Nominal	