



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

TESIS

“ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO Y RETENCIÓN DE RESTOS
PLACENTARIOS EN PACIENTES DE PARTO VAGINAL EN EL
HOSPITAL HUGO PESCE PESCKETTO DE ANDAHUAYLAS - 2017”

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LINCENCIADO EN OBSTETRICIA

PRESENTADO POR:
BACHILLER: URPI CARDENAS, Diego Amador

ASESOR:
Blgo. PÉREZ GARFIAS Lido

ANDAHUAYLAS, PERU
FEBRERO 2018

DEDICATORIA

Este trabajo primeramente se lo dedico a Dios por darme la vida, salud, sabiduría y paciencia para poder concluir con mis estudios.

Con todo cariño y amor dedico el presente trabajo de tesis a mis padres y hermanos que durante mi formación profesional con su esfuerzo y comprensión supieron apoyarme en todo momento.

A cada uno de mis hermanos, por su motivación para seguir adelante en el día a día de mi vida.

AGRADECIMIENTO

Al Especialista Lido Pérez Garfias, mi asesor, por mostrarse siempre dispuesto a apoyarme, por su confianza depositada en mí y por su paciencia para encaminarme adecuadamente en esta investigación.

A la Jefa de obstetras del Hospital Hugo Pesce Pescetto Victoria Taco Lagos, la Jefa del Servicio de Centro Obstétrico Mercedes Aguirre Cayo y a la jefa del Servicio de Puerperio de Obstetricia Leonardo Rojas Ríos, por brindarme las facilidades para la aplicación del instrumento para el desarrollo de la investigación.

Gracias a todos mis amigos, y todas aquellas personas que contribuyeron para llevar a cabo este logro.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
ÍNDICE.....	iv
ÍNDICE DE TABLAS.....	vii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	viii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT.....	x
INTRODUCCIÓN.....	xi
 CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Descripción de la Realidad Problemática.....	12
1.2. Problema de Investigación.....	13
1.2.1. Problema General.....	13
1.2.2. Problema Específico.....	13
1.3. Delimitación de la Investigación.....	14
1.3.1. Delimitación Espacial.....	14
1.3.2. Delimitación Social.....	14
1.3.3. Delimitación Temporal.....	14
1.3.4. Delimitación Conceptual.....	14
1.4. Objetivos de la Investigación.....	15
1.4.1 Objetivo General.....	15
1.4.2. Objetivos Específicos.....	15
1.5. Justificación e Importancia de la Investigación.....	15
1.5.1. Justificación.....	15
1.5.2. Importancia.....	16
1.5.3. Factibilidad de la Investigación.....	16
 CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del Problema.....	17
2.1.1. Antecedentes Internacionales.....	17

2.1.2. Antecedentes Nacionales.....	19
2.2. Bases Teóricas.....	21
2.2.1. Placentación.....	21
2.2.2. Parto.....	24
2.2.3. Contracción Uterina.....	24
2.2.4. Trabajo de Parto.....	26
2.2.5. Fases del Alumbramiento.....	29
2.2.6. Manejo Activo del Alumbramiento.....	32
2.2.7. Alumbramiento Patológico.....	36
2.2.8. Legrado Uterino.....	39
2.2.9. Muerte fetal.....	39
2.2.10. Hemorragia Postparto.....	40
2.3 Definición de Términos Básicos.....	41

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis de la Investigación.....	43
3.2. Definición Conceptual y Operacional de los Variables.....	44
3.2.1. Definición Conceptual.....	44
3.2.2. Definición Operacional.....	44
3.2.3. Operacionalización de Variables.....	45

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Tipo y Nivel de la Investigación.....	46
4.1.1. Tipo de Investigación.....	46
4.1.2. Nivel de Investigación.....	46
4.2. Método y Diseño de Investigación.....	46
4.2.1. Métodos de Investigación.....	46
4.2.2. Diseño de la Investigación.....	47
4.3. Población y Muestra de la Investigación.....	47
4.3.1. Población.....	47
4.3.2. Muestra.....	48

4.4. Técnica e Instrumento de recolección de Datos.....	48
4.4.1. Técnica.....	48
4.4.2. Instrumento.....	49
4.4.3. Validez y Confiabilidad.....	49
4.4.4. Plan de Análisis de Datos.....	49
4.4.5. Ética de la Investigación.....	49

CAPÍTULO V: RESULTADOS

5.1. Análisis Descriptivo de Tabla y Figuras	50
5.2. Discusión.....	61
5.3. Análisis Inferencial.....	62

Conclusiones.....	63
Recomendaciones.....	64
Fuentes bibliográficas.....	65

ANEXOS..... 66

Anexo 1: Matriz de Consistencia.

Anexo 2: Instrumento de Recolección de Datos.

Anexo 3: Matriz de Validación de Instrumentos.

Anexo 4: Validación de Expertos.

Anexo 5: Copia de Data Procesada.

Anexo 6: Autorización del hospital Hugo Pesce Pescetto Andahuaylas.

Anexo 7. Declaratoria de Autenticidad.

Anexo 8. Fotos.

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: Número de Partos y Retención de Restos Placentarios.....	47
Tabla 2: Frecuencia de Retención de Restos Placentarios.....	50
Tabla 3: Frecuencia de Retención de Restos Placentarios Según Grupo Etéreo.....	51
Tabla 4: Frecuencia de Retención de Restos Placentarios Según al Lugar de Procedencia.....	52
Tabla 5: Frecuencia de Retención de Restos Placentarios Según a la Edad Gestacional.....	53
Tabla 6: Frecuencia de Retención de Restos Placentarios Según al Número de Gestaciones.....	54
Tabla 7: Frecuencia de Retención de Restos Placentarios Según a la Ruptura Prematura de Membranas.....	55
Tabla 8: Frecuencia de Retención de Restos Placentarios Según a la Cesárea Anterior.....	56
Tabla 9: Frecuencia de Retención de Restos Placentarios en Pacientes que Presentaron Óbito Fetal.....	57
Tabla 10: Pacientes con Retención de Restos Placentarios que Presentaron Hemorragia Postparto.....	58
Tabla 11: Legrado uterino en Pacientes que Presentaron Retención de Restos Placentarios.....	59

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1: Porcentaje de Retención de Restos Placentarios en Pacientes con Alumbramiento Dirigido.....	51
Figura 2: Porcentaje de Retención de Restos Placentario Según Grupo Etéreo.....	52
Figura 3: Porcentaje de Pacientes con Retención de Restos Placentarios Según el Lugar de Procedencia.....	53
Figura 4: Porcentaje de Retención de Restos Placentarios Según la Edad Gestacional.....	54
Figura 5: Porcentaje de Retención de Restos Placentarios Según al Número de Gestas.....	55
Figura 6: Porcentaje de Retención de Restos Placentarios Según a la Ruptura Prematura de Membrana.....	56
Figura 7: Porcentaje de Retención de Restos Placentarios Según a cesárea anterior.....	57
Figura 8: Porcentaje de Retención de Restos Placentarios en Pacientes con Óbito Fetal.....	58
Figura 9: Porcentaje de hemorragia Postparto en Pacientes que Presentaron Retención de Restos Placentarios.....	59
Figura 10: Porcentaje de Legrado Uterino en Pacientes con Retención de Restos Placentarios.....	60

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue determinar la frecuencia de retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal con alumbramiento dirigido en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas durante los meses de Enero a Febrero del año 2017.

El tipo de investigación es básico – cuantitativo de nivel descriptivo, con un diseño no experimental retrospectivo, de corte transversal; la técnica aplicada para la recolección de datos es la documentación (historias clínicas, registros de atención de pacientes e informes mensuales), con un instrumento consistente en una ficha, el método aplicado fue de tipo inductivo. La población y muestra estuvo conformada por 189 pacientes de parto vaginal.

Con los resultados obtenidos se observa que la frecuencia global de retención de restos placentarios en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas durante los meses de Enero a Febrero es menor en comparación con otros estudios, con un 13.23% (25) de un total de 189 partos.

El factor asociado directamente a la retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal con alumbramiento dirigido es el óbito fetal, a su vez los factores que se asocian indirectamente en menor porcentaje son cesárea anterior, ruptura prematura de membrana y paridad, y la complicación más frecuente de la retención de restos placentarios son las hemorragias postparto que representa el 16,0% del total de pacientes con retención de restos placentarios.

Palabras claves: Alumbramiento Dirigido, Retención de Restos Placentarios, Óbito Fetal, Hemorragia Postparto.

ABSTRACT

The objective of the investigation was to determine the frequency of retention of placental remains in patients of vaginal birth with delivery in the Hospital Hugo Pesce Pescetto of Andahuaylas during the months of January to February of the year 2017.

The type of research is basic - quantitative descriptive level, with a retrospective, non-experimental cross-sectional design; The technique applied to data collection is the documentation (medical records, patient care records and monthly reports), with an instrument consisting of a card, the applied method was of the inductive type. The population and sample consisted of 189 vaginal delivery patients.

With the results obtained it is observed that the overall frequency of retention of placental remains in the Hospital Hugo Pesce Pescetto of Andahuaylas during the months of January to February is lower compared to other studies, with 13.23% (25) of a total of 189 births.

The factor directly associated with the retention of placental remains in patients of vaginal delivery with targeted delivery is fetal death, in turn the factors that are indirectly associated in a lower percentage are anterior cesarean section, premature rupture of the membrane and parity, and the most common complication. Frequent retention of placental remains are postpartum hemorrhages, which represent 16.0% of all patients with retention of placental remains.

Key words: Directed delivery, retention of placental remains, fetal death, postpartum hemorrhage.

INTRODUCCIÓN

El parto es un mecanismo por el cual una vez completado el desarrollo del nuevo ser, se produce la expulsión del feto al exterior, es un momento crucial en la vida de las personas, probablemente el más importante de cuya evolución dependerá la calidad de vida posterior. El trabajo de parto presenta tres periodos: Dilatación, expulsivo y alumbramiento, centrándose la presente investigación en el tercer periodo del parto; el tercer periodo del trabajo de parto es el periodo que va desde el nacimiento del niño hasta la expulsión de la placenta y las membranas ovulares, debido que inmediatamente después del nacimiento del producto, se revisa el tamaño del fondo uterino y su consistencia, si el órgano se mantiene firme y no hay hemorragia anormal, la práctica habitual incluye una vigilancia cuidadosa hasta que se desprende la placenta. El periodo placentario es el más peligroso del parto debido a las complicaciones hemorrágicas que pueden transformarse en una gran emergencia, por lo que es necesario que la atención del parto se realice con mucha habilidad y destreza.

El propósito de la presente investigación fue determinar la frecuencia de retención de restos placentarios, en pacientes de parto vaginal con alumbramiento dirigido en el hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, durante los meses de Enero a Febrero del año 2017.

CAPÍTULO I.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.

“La hemorragia postparto es una de las complicaciones obstétricas más temidas y es una de las tres primeras causas de mortalidad materna, produce el 25 % de la mortalidad materna a nivel mundial y casi un tercio en los países subdesarrollados; las técnicas que se emplean en el tercer periodo del parto, influyen significativamente en la morbilidad y mortalidad materna, lo cual puede llevar a que el manejo expectante incremente la magnitud de la hemorragia postparto”. Una vez desprendida la placenta, puede quedar retenida en el segmento inferior del útero, cuya expulsión se realiza mediante la contracción simple uterina, ayudada por los pujos de la parturienta, esta situación no puede considerarse como patológica”.¹

En algunas ocasiones ocurre un desprendimiento placentario sin expulsión, debido a trastornos dinámicos uterinos o por retención de membranas ovulares, que es lo más frecuente en los establecimientos de salud.²

“Es importante conocer los beneficios que brinda el alumbramiento dirigido, debido a que se logrará brindar atención de calidad a la población materna, recordando siempre que las muertes maternas son prevenibles; sin embargo, pese a la creación de protocolos para el manejo activo, las tasas de mortalidad actuales no reflejan una disminución aceptable”.³

Desde el Ministerio de Salud, “se han establecido normas y protocolos para la atención del embarazo, parto y puerperio, en las que se incluyen los procedimientos para el manejo activo de la tercera etapa de la labor de parto, cuya aplicación es obligatoria y deben ser permanentemente monitoreados en el tiempo”.⁴

Generalmente se establece como factores causales de la retención de restos placentarios a los trastornos dinámicos uterinos, por lo que la presente investigación tiene por objetivo determinar la frecuencia de retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal con alumbramiento dirigido en el hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas durante los meses de Enero a Febrero del año 2017.

1.2. PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN.

1.2.1. Problema General.

¿Cuál es la frecuencia de retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal con alumbramiento dirigido en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas durante los meses de Enero a Febrero del año 2017?

1.2.2. Problema Específico.

- ¿Cuáles son los factores asociados a la retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal con alumbramiento dirigido en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas durante los meses de Enero a Febrero del año 2017?
- ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes de una retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal con alumbramiento dirigido en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas durante los meses de Enero a Febrero del año 2017?

1.3. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

1.3.1. Delimitación Espacial.

El ámbito donde se realizó el análisis y estudio de las variables es en el servicio de gineco - obstetricia del Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas.

1.3.2. Delimitación Social.

El presente estudio se realizó en pacientes de parto vaginal con alumbramiento dirigido.

1.3.3. Delimitación Temporal.

La investigación se realizó durante los meses de Enero a Febrero del año 2017.

1.3.4. Delimitación Conceptual.

La presente investigación se basa en la determinación del alumbramiento dirigido y la retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal atendidos en el hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas.

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.4.1. Objetivo General.

- Determinar la frecuencia de retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal con alumbramiento dirigido en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas durante los meses de Enero a Febrero del año 2017.

1.4.2. Objetivos Específicos.

- Determinar los factores más frecuentes asociados a la retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal con alumbramiento dirigido en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas durante los meses de Enero a Febrero del año 2017.
- Conocer las principales complicaciones más frecuentes de una retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal con alumbramiento dirigido en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas durante los meses de Enero a Febrero del año 2017.

1.5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.

1.5.1. Justificación.

El presente estudio se justifica por:

Relevancia teórica, el ministerio de salud establece un protocolo el cual posee diversos parámetros para llevar a cabo al tratar a una paciente con complicaciones durante el tercer periodo del parto, así mismo estos pasos contribuyen a optimizar el manejo de dicha complicación.

Esta investigación va dirigida a toda mujer en edad reproductiva y sobre todo a mujeres embarazadas para que conozcan las complicaciones del parto y postparto, tomando en cuenta las diferentes revisiones de los estudios clínicos, detalla que el uso rutinario de oxitocina, favorece en 95% la contracción del útero para el

desprendimiento casi inmediato de la placenta en el periodo de alumbramiento; llegando a tener menor resultados de retención de restos placentarios y posibles complicaciones.

Relevancia social, en todo el mundo, las complicaciones durante el alumbramiento, son la causa de numerosas muertes maternas; por ende la prevención a través de este estudio de las retenciones de restos placentarios en pacientes con alumbramiento dirigido es una medida de suma importancia para disminuir de manera significativa la morbi- mortalidad materna; el uso sistemático de oxitocina posterior al parto puede reducir tales complicaciones como la hemorragia postparto, pese a ello, es necesario seguir investigando más sobre la frecuencia, factores y las principales complicaciones de la retención de restos placentarios.

1.5.2. Importancia.

En el campo de la obstetricia es necesario conocer las tasas de frecuencia de las retenciones de restos placentarios, debido a que estos conllevan a posibles complicaciones postparto, a través de esta investigación se establece los beneficios del alumbramiento dirigido en relación a la retención de restos placentarios, a su vez estas servirán para una buena atención y monitoreo de las pacientes.

1.5.3. Factibilidad de la Investigación.

Esta investigación es viable ya que se cuenta con una gran cantidad de pacientes atendidas por esta complicación postparto y también con la disponibilidad de recursos humanos, financieros y materiales, y el apoyo de los directivos del hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas del servicio de gineco- obstetricia

CAPÍTULO II.

2. MARCO TEÓRICO.

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

2.1.1. Antecedentes Internacionales.

Piloto M, et al. (2014)⁵, realizaron un trabajo de investigación titulado: ***“Impacto materno del manejo activo del alumbramiento - Cuba - 2014”***; llegando a las siguientes conclusiones:

- “El manejo activo del alumbramiento estuvo asociado con disminución de la hemorragia posparto”.⁵
 - El riesgo relativo (RR) es de 0.52.
 - El intervalo de confianza del 95%: (0,44 a 0,61).

- “Del hematocrito (RR: 0,56; IC del 95 %: 0,48 a 0,65) del uso de transfusiones (RR: 0,27; IC del 95 %: 0,10 a 0,73). No hubo diferencia significativa entre los dos grupos respecto al uso de uterotónicos adicionales (RR: 0,86; IC del 95 %: 0,59 a 1,24) y no se presentaron complicaciones graves maternas”.⁵

- “El empleo sistemático del manejo activo del tercer periodo del parto es mejor opción que la conducta expectante en cuanto a la pérdida de sangre y otras complicaciones maternas”.⁵

Pérez L, et al. (2013)⁶, realizaron un trabajo de investigación titulado: **“Manejo del Alumbramiento con Diferentes Pautas y Tiempos de Administración de Oxitocina”**; arribando a las siguientes conclusiones:

- “El tiempo de alumbramiento medio de los tres grupos ha sido de 7.55 minutos con un IC 95% de (6.85 - 8.25). En el grupo I (alumbramiento espontáneo) el tiempo medio fue de 9.97 minutos con un IC 95% (8.45 - 11.49)”.⁶
- “En el grupo II (dirigido con 5UI) fue de 6.56 minutos con un IC 95% (5.48 - 7.64) y en el grupo III (dirigido con 10UI) fue de 6.69 minutos para un IC 95% (5.62 - 7.66)”.⁶

Analizando las diferentes variables recogidas en el trabajo, se observó al realizar un análisis multivariante que sólo influye en el tiempo de alumbramiento la dosis utilizada de Oxitocina, sin observar significación en el resto de las variables estudiadas (peso del recién nacido, edad gestacional, peso placentario, paridad, tiempo de dilatación, tiempo de expulsivo y tipo de parto).⁶

Segura A, et al. (2013)⁷, realizaron un trabajo de investigación titulada: **“Influencia del Alumbramiento Activo sobre la Morbilidad Materna por Hemorragia Posparto Hospital Militar Central Dr. Luis Díaz Soto, La Habana, Cuba- 2013”**; Llegando a las siguientes conclusiones:

- “Del total de partos eutócicos, se aplicó el método de alumbramiento activo a 364 casos (54,1 %) y expectante a 159 (45,9 %)”.⁷
- “El alumbramiento activo se relacionó con una menor necesidad de transfusión de sangre”. (0,8 % vs. 1.8)”.⁷

- “Menor duración del tercer período del parto (0,3 % vs. 1,2 %)”.⁷
- “Necesidad de histerectomía puerperal e ingreso en unidad de terapia intensiva (0 vs. 0,35 %)”.⁷
- “La estadía posparto fue mayor en los casos de alumbramiento expectante (0,7 % vs. 0,4 %) (p= 0,04). Los resultados demuestran el factor protector del empleo del manejo activo del alumbramiento en las variables estudiadas, el cual debe ser utilizado de forma sistemática tras un parto eutócico de un embarazo sencillo”.⁷

2.1.2. Antecedentes Nacionales.

Ormeño M. (2012), realizó un trabajo de investigación titulada: **“Causas de hemorragias ocurridas en el periodo de alumbramiento dirigido en el servicio gineco obstetricia del Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala, Puquio – Ayacucho, agosto 2012 – mayo 2013”**. Arribando a las siguientes conclusiones:

- “Las principales causas de hemorragias se relacionaron con: retención de restos placentarios en un 8,52%, por atonía uterina 3,41%, retención de placenta 2,27%”.
- “La edad y el grado instruccional de las gestantes, así como la paridad, duración del trabajo de parto y problema placentario mostraron relación estadísticamente significativa con la hemorragia del periodo de alumbramiento dirigido, por lo que se concluye que las hemorragias posparto mantienen a pesar del protocolo de alumbramiento dirigido”.⁸

Espino C, et al. (2010), Realizaron un trabajo de investigación titulada: ***“Estudio Comparativo del Alumbramiento Activo vs Alumbramiento Espontaneo y su Influencia en Retención de Membranas Ovulares - Hospital Santa María del Socorro de Ica - 2010”***; llegando a la siguiente conclusión:

- “El alumbramiento espontaneo tiene mayor influencia en la retención de membranas ovulares que el alumbramiento activo, teniendo este último menor tiempo de desprendimiento placentario”.⁹

Bonifaz J. (2010)¹⁰, realizó un trabajo de investigación titulada: ***“Hemorragias postparto en el servicio de gineco - obstetricia del Hospital Provincial General Docente de Reque 2010”***; llegando a las siguientes conclusiones:

- “El 32% entre las edades comprendidas son de 24 - 29 años de las cuales, se determinó que, como mayor factor de riesgo, es la hemorragia postparto de tipo uterina con un 70% y el 42 % al alumbramiento incompleto; en la hemorragia postparto de tipo no uterina.”¹⁰
- “Es necesario que las historias clínicas se llenen de manera completa y correcta para mejorar la apreciación de los factores de riesgo de las pacientes y no dudar en efectuar el manejo activo del alumbramiento para disminuir la hemorragia post parto y mortalidad”.¹⁰

2.2. BASES TEÓRICAS.

2.2.1. Placentación.

“Es el proceso a través del cual las células trofoblásticas darán origen a la placenta un órgano único, autónomo y transitorio. Gracias a la circulación que se establece, tiene como fin generar un medio de unión e intercambio de oxígeno y nutrientes entre las estructuras fetales y maternas; y actuando como un órgano endocrino y transitorio, se distinguen cinco tipos de placentación”.^{11,12} En el tipo hemocorial la sangre materna baña directamente al trofoblasto vellositario, sin interposición de otros tejidos; a este tipo corresponde la placenta humana; para mejor comprensión, se divide la placentación humana en dos periodos, el prevellositario y el vellositario.^{11,12}

- **Periodo prevellositario.** Se extiende desde la implantación hasta, el día decimotercero, distinguiéndose dos etapas: prelacunar y lacunar.¹¹

La etapa prelacunar (del 6° al 9° día) el huevo humano de 7 1/2 días ha anidado en la capa compacta del endometrio, y el disco embrionario está orientado hacia la parte profunda, separado de las células deciduales maternas por el trofoblasto blastocítico. El trofoblasto se diferencia en: “sinciotrofoblasto primitivo, constituido por una masa citoplásmica única sin límites celulares con numerosos núcleos, y citotrofoblasto primitivo, hilera doble o triple de células”.¹¹

La etapa lacunar (del 9° al 13er día). En el sinciotrofoblasto se forman lagunas. Los brotes sinciciales perforan los capilares superficiales del endometrio, penetrando la sangre materna en los espacios formados. El citotrofoblasto prolifera y juntamente con el sincicio, forma una envoltura al huevo. Por dentro de ella se encuentra el disco embrionario, la cavidad amniótica y el saco vitelino primitivo.¹¹

- **Periodo vellocitario.** (a partir del 13er. Día).

las trabéculas sinciciales, que separan los espacios lacunares. Se disponen en esta etapa en forma radiada alrededor del corion y son penetradas por células citotrofoblásticas, constituyéndose las vellosidades primarias.¹¹

2.2.1.1. Placenta.

“La placenta del embarazo de término (37- 41 semanas de amenorrea) tiene una forma de torta circular u oval de 18 a 20 cm de diámetro mayor y 2,5 cm de espesor máximo en el centro, que es menor en sus bordes. La mediana de su peso es de 500g, con un percentil 10 de 280 g y un percentil 90 de 700”.¹¹

El desarrollo de la placenta “es un proceso altamente regulado que es esencial para el crecimiento normal del feto y el desarrollo, y para el mantenimiento de un embarazo saludable. La placenta cumple varias funciones importantes como ser una barrera entre la madre y el feto: la prevención del rechazo del aloinjerto fetal; el transporte y metabolismo de nutrientes y síntesis de péptidos y hormonas esteroideas. La torta placentaria presenta dos caras”.¹¹

- **La cara fetal.** o placa corial “corresponde a la cavidad amniótica; su color es gris brillante y da inserción al cordón umbilical en forma central, paracentral o marginal”.¹¹

En la inserción velamentosa los vasos “son ramificados y recorren partes de la membrana en su trayecto hacia la placenta, desde el sitio de implantación del cordón en la placenta, las arterias y la vena irradian sus ramas hacia la periferia, las que atraviesan la placa corial formando los cotiledones placentarios fetales”.¹¹

- **La cara materna.** o placa basal “es de color rojo vinoso, con numerosos surcos que delimitan los cotiledones o lóbulos placentarios”.¹¹

Los cotiledones “son las estructuras básicas circulatorias de la placenta hemocorial; hay 10 de gran tamaño, 50 de tamaño mediano y más de 100 pequeños”.¹¹

2.2.1.2. Membranas ovulares.

Están constituidas por el amnios en su parte interna y por el corion en su parte externa, al que adhiere una delgada capa de decidua, estas membranas forman junto con la placenta el saco que contiene el líquido amniótico y el feto; la estructura de las membranas está constituida por tres capas; el amnios, el corion y decidua (de adentro hacia afuera):¹²

- **Amnios:** “Es una membrana flexible, fuerte y resistente que constituye la capa más interna de la bolsa de las aguas. Es una estructura avascular que está en contacto con el líquido amniótico y es el tejido que provee casi toda la resistencia a la tensión de la bolsa”.¹² “El amnios está compuesto por distintas capas desde adentro hacia fuera, se describe una capa epitelial, una membrana basal, una capa compacta acelular, una capa de células mesenquimáticas y una zona esponjosa, relativamente acelular que se contacta con el corion”.¹²
- **Corion.** “Es la membrana fetal que está en contacto directo con el endometrio del útero y que recubre el saco coriónico. Está formado por el sincitiotrofoblasto, el citotrofoblasto y el mesodermo extraembrionario”. “En su superficie se forman las vellosidades coriónicas para el intercambio entre la sangre materna y la del embrión/ feto; se forma durante la segunda semana de desarrollo, de forma simultánea en la que ocurre la implantación del blastocisto en el endometrio uterino.”^{13,12}
- **Decidua.** “La decidua es un endometrio especializado, muy modificado del embarazo. En esencial para la placentación hemocoriónica, aquella en la que la sangre materna tiene contacto con el trofoblasto”.¹³

2.2.2. Parto.

Alvarado¹⁴, menciona que el parto significa la expulsión de un feto con un peso mayor de 500g o con más de 22 semanas de edad gestacional; de acuerdo a lo establecido por la OMS (Organización Mundial de la Salud), según la edad gestacional el parto se clasifica en:

- Parto pretérmino: antes de las 37 semanas (incluye hasta las 36 semanas más 6 días de edad gestacional).
- Parto a Término: ocurre entre las 37 y 41 semanas completas.
- Parto postérmino: a partir de las 42 semanas de edad gestacional.

2.2.3. Contracción Uterina.

Alvarado¹⁴, afirma que “el músculo del útero tiene como todos los tejidos formados por fibras musculares, una fase de contracción y otra de relajación”. “Cuando el músculo uterino se contrae, decimos que la embarazada tiene una contracción y se percibe por el endurecimiento de su abdomen. Se ha de valorar la intensidad, frecuencia y duración de la contracción uterina en cada periodo del parto”.

2.2.3.1. Características de la Contracción Uterina.

Alvarado¹⁴, refiere que la onda contráctil uterina posee las siguientes características:

- **Tono** “Presión más baja que se registra en el intervalo entre dos contracciones; en el preparto alcanza valores de hasta 7 mmHg, en el parto de 8 a 12 mmHg, y en el postparto inmediato hasta 13mmHg”.¹⁴
- **Frecuencia:** “Número de contracciones que se registran en 10 minutos; se expresa con un solo dígito. Oscila entre tres al iniciar y 5 al finalizar el parto”.¹⁴

- **Duración:** “Tiempo transcurrido desde el inicio hasta el fin de la contracción; suele durar entre 30 y 90 segundos”.¹⁴
- **Intensidad:** “Diferencia entre la máxima presión alcanzada por la contracción y el tono”.¹⁴
- **Intervalo:** “Tiempo que transcurre entre el acmé de dos contracciones”.¹⁴
- **Contractibilidad uterina:** “Término que relaciona la intensidad de la contracción con su frecuencia”.¹⁴

2.2.3.2. Fisiología de la Contracción Uterina.

Entre las contracciones musculares fisiológicas, las del musculo liso uterino durante el trabajo de parto son singulares y dolorosas. No se conocen con seguridad la causa del dolor, pero se han sugerido diversas posibilidades: 1) hipoxia del miometrio contraído, como la de la angina de pecho; 2) compresión de ganglios nerviosos en el cuello uterino y parte inferior del útero por la contracción de los haces musculares entrecruzados; 3) estiramiento de del cuello uterino durante la dilatación, y 4) estiramiento del peritoneo sobre el fondo. la compresión de los ganglios nerviosos en el cuello uterino y el segmento uterino inferior por el miometrio contraído es una hipótesis en particular interesante. La infiltración paracervical con un anestésico local, casi siempre produce un alivio notorio del dolor durante las contracciones. Las contracciones uterinas son involuntarias y, en su mayor parte independientes del control extrauterino.¹⁵

El estiramiento mecánico del cuello uterino intensifica la actividad uterina en varias especies, incluidos los seres humanos. Este fenómeno se refiere como reflejo de Ferguson. No se conoce su mecanismo exacto; se ha sugerido la liberación de la oxitocina, pero no se ha comprobado. La manipulación del cuello uterino y la separación de las membranas fetales se acompañan de un aumento de la

contracción sanguínea del metabolito de la prostaglandina F2 α . El intervalo entre las contracciones disminuye en forma gradual, de unos 10 minutos al principio de la primera etapa del trabajo de parto a tan solo 1 minuto o menos en la segunda etapa, sin embargo, los periodos de relajación entre las contracciones son esenciales para el bienestar fetal.^{15, 16}

2.2.4. Trabajo de Parto.

Cifuentes¹⁶, refiere que el trabajo de parto se divide en tres periodos que mantienen una continuidad clínica, los cuales son: Dilatación, expulsión y alumbramiento.

2.2.4.1. Primer Periodo o de Dilatación:

Hace referencia al “intervalo de tiempo que pasa desde el inicio de las contracciones uterinas, responsables de producir las primeras modificaciones del cuello uterino, hasta que se alcanza la dilatación completa”.¹⁶ La duración de este periodo varia, según la paridad, de las características maternas y fetales. Se considera que la duración media de este periodo en la gestante nulípara oscila entre 12 y 14 horas, y en la múltipara entre 6 y 8 horas.¹⁶ “Durante el curso del periodo de dilatación existen una serie de contracciones. Al principio estas son poco intensas, poco dolorosas y apenas si alcanzan los 30 mmHg. Duran poco y por lo común son muy frecuentes; sin embargo poco a poco se van haciendo cada vez más y más intensas e incluso llegan a superar los 50 mmHg”.¹⁶

Este periodo puede ser subdividido a su vez en dos fases. La primera es la fase caracterizada por una evolución lenta de la dilatación; denominada fase de latencia, la cual termina cuando el cuello se encuentra totalmente borrado y con una dilatación de 3 cm., y una segunda fase activa, que corresponde al parto clínico propiamente dicho y cual termina con la dilatación completa.¹⁶

Según Vargas¹⁶, refiere que Fundamentalmente, las contracciones uterinas actúan de dos formas:

- “Tracción directa de las paredes del cuello: el cuerpo uterino se contrae y tira del segmento inferior que tiene poca capacidad contráctil, pero que a su vez tira del cuello uterino cuyos escasos elementos musculares adquieren disposición vertical”.¹⁶
- “El aumento de presión intrauterina (determinada por la contracción) lo que hace que el líquido amniótico, que es empujado hacia abajo, se acumule en la parte inferior del producto”. “La distensibilidad de la membrana y la tracción de las paredes uterinas posibilitan un desplazamiento de las membranas sobre estas paredes, dando lugar a la bolsa de aguas. Esta bolsa actúa de cuña y en cada contracción va ir metiéndose cada vez más en el cuello, facilitando la dilatación para que los procesos anteriores ocurran se necesita una fijación (anclaje del cuello uterino de todo el útero)”.¹⁶ “Por su laxitud los ligamentos redondos no ejercen esta función, aunque si tiene importancia cuando hay una desproporción entre el feto y la pelvis.” También se ha admitido que la fijación uterina se producía en los parametrios, bien a través de las fibras musculares que formaban parte del segmento inferior o que cruzaban de lado a lado formando el anclaje. Hoy por hoy se ha llegado a la conclusión de que no hace falta un anclaje especial del útero durante el parto, y que lo más importante es la textura del útero y su capacidad para contraerse”.¹⁶

Cual sea el caso, si la bolsa de aguas se llega a romper, la propia presentación fetal actúa directamente sobre el cuello, contribuyendo a su dilatación.¹⁶

2.2.4.2. Segundo Periodo, Expulsivo.

“Empieza al alcanzar la dilatación de forma completa y finaliza con la expulsión del feto que va desde la cavidad uterina hacia el exterior, este periodo es en el que se produce la máxima actividad uterina y tiene lugar el descenso, rotación, flexión y desprendimiento de la presentación y, posteriormente, de todo el feto”.¹⁶

Este periodo dura como máximo 60 minutos en primíparas y 30 en multíparas, siempre y cuando el estado fetal sea normal.¹⁶

2.2.4.3. Tercer Periodo, Alumbramiento.

Vargas¹⁷, refiere que “se inicia al finalizar el expulsivo y concluye con la expulsión de la placenta y membranas ovulares. Su duración es de unos 5 a 30 minutos y la pérdida de sangre no ha de ser superior a los 500 ml. Durante este periodo se puede producir una de las complicaciones maternas más graves, la hemorragia, siendo esta una de las causas más importantes de morbilidad materna”. Es por esto que “se sugiere la prevención de la misma, realizando una asistencia activa de este periodo, administrando un oxitócico a la salida del feto y constatando que no exista otro feto. De este modo, tal como preconizan agencias tan prestigiosas como la propia FIGO”.

El alumbramiento o tercer periodo del trabajo de parto, se define como “el tiempo transcurrido desde la salida del feto hasta la expulsión completa de los anexos ovulares (placenta, cordón umbilical, membranas y parte de la decidua). Existen tres formas diferentes de alumbramiento: espontaneo, dirigido y manual”.¹⁷

Vargas¹⁷, refiere varios mecanismos del alumbramiento; el principal mecanismo está dado por la contracción y retracción del útero después de la expulsión del feto.

- Transfusión fisiológica de sangre al recién nacido.
- Desprendimiento descenso y expulsión de la placenta.

- Impedir la hemorragia en el lugar de inserción placentaria y mantener el tonismo del órgano.

El tiempo corporal “es el periodo durante el cual toda la placenta está dentro del cuerpo uterino, lo que produce contracciones que se registran perfectamente, siendo estas indoloras pese a su gran intensidad porque no producen distensión e isquemia prolongada. A medida que se realiza el pasaje de la placenta por el conducto el parto, la influencia de las contracciones sobre la presión placentaria es menor”.¹⁷

El tiempo corporal normal “es inferior a 15 minutos y se prolonga cuando la expulsión placentaria da entre los 15 y 30 minutos. Es considerada retención placentaria cuando el alumbramiento no se produce después de transcurridos 15 minutos desde el nacimiento. En el 90% de los casos la placenta se desprende en 15 minutos, si se demora más de 15 minutos debe considerarse anormal y se cree aconsejable practicar una extracción manual de la misma”.¹⁷

2.2.5. Fases del Alumbramiento.

Pritchard¹⁸ refiere que el alumbramiento consta de tres fases:

- Desprendimiento de la placenta.
- Descenso de la placenta.
- Expulsión de la placenta y membranas ovulares.

2.2.5.1. Desprendimiento de la Placenta.

“La contractilidad uterina y retracción del útero conducen a una reducción de la superficie de implantación y desgarran la caduca a nivel de la capa esponjosa, es decir, la capa más laxa, quedando en el útero la capa compacta adherida a las vellosidades de los cotiledones. Este mecanismo puede realizarse en dos modalidades”.¹⁸

- **Mecanismo de Baudeloque-Schultze.**

Se considera el más común y ocurre en el 80% de los casos. Consiste en el desprendimiento de la placenta por su centro, se forma así un hematoma retro placentario por la abertura de los vasos útero placentario, mientras progresa, el desprendimiento se vuelve mayor y genera una inversión de la placenta; por lo que es expulsada presentando su cara fetal.¹⁸

- **Mecanismo de Baudeloque - Duncan.**

El desprendimiento es de tipo lateral y se inicia por el borde inferior; la presión uterina completa la acción, hasta permitir la expulsión por la cara materna de la placenta. Este mecanismo se presenta en el 20% de los casos.¹⁸

2.2.5.2. Signos de Desprendimiento.

Pritchard¹⁸, refiere que “después de la expulsión del feto el útero continúa su actividad contráctil, lo que permite la adaptación del mismo a la placenta, y como consecuencia el fondo uterino llega a nivel del ombligo o 2-3 cm. por debajo del mismo. Se observa un cambio en su forma, posición y consistencia, la consistencia uterina varía según el momento de la palpación: es dura durante las contracciones y elástica en las pausas”.¹⁸

- **Signo de Schroeder:** “A medida que la placenta se desprende, el útero se torna más globoso y asciende por encima del ombligo, lateralizándose levemente hacia el flanco derecho”.¹⁸
- **Signo de la pérdida hemática:** “En base al mecanismo de desprendimiento habrá o no pérdida de sangre durante el alumbramiento. El mecanismo de Baudeloque Duncan se exterioriza una cantidad variable de sangre, mientras que en el de Schultze una discreta cantidad se acumula entre la placenta y el útero que se elimina juntamente con ella”. No siempre se observan todos, el único signo seguro de desprendimiento es la posibilidad de extraer la placenta del conducto del parto. El más seguro entre los síntomas clásicos es la disminución de tamaño y la angulosidad que experimenta el Útero.¹⁸

2.2.5.3. Descenso de la Placenta.

“Se producen por las contracciones uterinas y la gravedad de su propio peso. Según el mecanismo de desprendimiento, descenderá primero la cara fetal (Baudeloque-Schultze) y la cara materna (Baudeloque- Duncan). El recorrido distiende el conducto segmento- cervical y la vagina”.^{18,19}

- **Signos de Descenso:**

Cuando la placenta llega al segmento inferior, esta lo distiende y motiva con ello el ascenso y lateralización máxima del fondo uterino.¹⁸

- ✓ **Signo de Ahlfeld:** “Consiste en colocar a nivel vulvar una pinza de Kocher sobre el cordón, podremos observar como a medida que se produce el descenso placentario, la misma se aleja del lugar primitivo”.¹⁸
- ✓ **Signo de Kustner negativo:** “Al sostener con una mano el cordón umbilical y desplazar la otra hacia arriba, colocada en la región hipogástrica (segmento inferior), al ejercer una presión sobre el cuerpo uterino, el cordón umbilical asciende como consecuencia de la maniobra si la placenta no ha descendido aún”.¹⁸
- ✓ **Signo de Kustner Positivo:** “Si el cordón permanece inmóvil, nos indicara que la placenta esta descendida”.
- ✓ **Signo de Strassman negativo:** “Se observa cuando la mano que sostiene el cordón umbilical recibe la propagación de movimientos del fondo uterino, lo cual indica que el útero, la placenta y el cordón constituyen un sistema sin solución de continuidad, por lo tanto, se considerará que la placenta no ha descendido”.¹⁸
- ✓ **Signo de Strassman Positivo:** “La no propagación de las trepidaciones de los movimientos del fondo uterino indicará el descenso placentario”.¹⁸

- ✓ **Signo de Fabre:** “Al ejercer suavemente ligeras sacudidas al cordón con una mano, no se transmitirán estas al cuerpo uterino ni a la mano colocada sobre el abdomen”.¹⁸

2.2.5.4. Expulsión de la Placenta y Membranas Ovulares.

Se puede realizar de manera espontánea en un lapso que de vez en cuando llega a ser bastante prolongado, por lo cual es ayudada por el médico, aunque algunos pujos determinan la expulsión espontánea de la placenta.^{18,19}

- **Signos de expulsión.**

- ✓ Signo de mayor descenso del fondo uterino: “Al llegar la placenta a la vagina, el útero experimenta su mayor descenso. El fondo uterino se sitúa a 5 – 6 centímetros por debajo del ombligo”.¹⁸
- ✓ Signo del globo de seguridad de Pinard: “La retracción uterina determina que las fibras musculares produzcan vasoconstricción que le confiere al útero una consistencia leñosa”.¹⁸

2.2.6. Manejo Activo del Alumbramiento.

Poeschmann²⁰, refiere que se trata de “una serie de intervenciones orientadas a acelerar la expulsión de la placenta por medio del aumento de las contracciones uterinas, y prevenir la hemorragia postparto evitando la atonía uterina”. Estas intervenciones consisten en:

- Administrar una droga uterotónica.
- Tracción controlada del cordón umbilical.
- Masaje uterino posterior a la salida de la placenta.

“Después de la expulsión de la placenta, el masaje del fondo del útero a través del abdomen también ayuda a que el útero se contraiga, disminuyendo así el sangrado. El manejo activo del tercer período del parto se practica en el Reino Unido, en Australia y en muchos otros países”.²⁰

2.2.6.1. Administración de Drogas Uterotónicas.

La más frecuente es la oxitocina debido a su gran efectividad para disminuir la incidencia de hemorragias postparto y los casos de tercer período de parto prolongado. ^{20,21} “Es preferible utilizar la oxitocina ya que hace efecto de 2 a 3 minutos después de la inyección, sus efectos colaterales son mínimos y pueden usarse en todas las mujeres”.^{20,21}

- **Oxitocina.**

“Es una hormona, sintetizada por el núcleo paraventricular del hipotálamo, de donde es transportada por los axones de las neuronas hipotalámicas hasta sus terminaciones en la porción posterior de la hipófisis (neurohipófisis), donde se almacena. Los principales estímulos que hacen que se libere la oxitocina hacia la corriente sanguínea son la succión, estimulación de genitales y distensión del cuello uterino, a este último se le conoce como reflejo de Ferguson”.²⁰

La oxitocina “circula en forma de péptido libre y es metabolizada por hígado y riñones; a nivel plasmático existen diversas peptidasas que se encargan de degradar la hormona, como son la llamada oxitocinasa (aminopeptidasa de cistina), la cual rompe el enlace entre la homocistina de posición 1 y la tirosina en posición 2, con lo cual se destruye la estructura cíclica y la actividad biológica de la hormona. Esta oxitocinasa es elaborada a nivel placentario por el sincitio trofoblasto, y quizás contribuya a que la oxitocina tenga una vida media corta (tres a cinco minutos)”.²⁰

“Es importante recordar que durante la gestación cambia la sensibilidad miometrial a la oxitocina, y es así que el útero es relativamente insensible a esta hormona en la primera parte del embarazo y va aumentando poco a poco al transcurrir la gestación; se piensa que la sensibilidad del útero a la oxitocina se debe a un incremento notable del número de receptores intracitoplásmicos a la misma y un aumento en las uniones tipo ocludens entre las células (puentes de unión)”.²⁰

- **Protocolos para el uso de oxitocina.**

Los efectos por vía endovenosa se obtienen de forma rápida, en pocos minutos y alrededor de los 30 a 60 minutos. Logrará alcanzar una estabilidad plasmática. De igual forma, una vez suspendida su administración, el efecto desaparece en unos 10 min.^{20,21}

- “Su mecanismo de acción se alcanza a través de los receptores de membranas, de modo que aumentan de forma rápida las concentraciones de calcio intracelular y se activa el sistema del segundo mensajero, que activa el músculo liso posiblemente por el mecanismo de hidrólisis de fosfoinositoides”.^{20,21}
- “La respuesta a la oxitocina es mayor cuando el embarazo está a término en comparación con los primeros trimestres, lo cual está relacionado con la disponibilidad de concentración de receptores”.^{20,21}
- “Una limitación de esta hormona ha sido su poca efectividad sobre el cuello cuando está inmaduro. Por tanto, la edad gestacional y la madurez cervical son factores que intervienen de manera decisiva en la respuesta a la acción de la oxitocina”. “Se recomienda disolverla preferentemente en solución salina isotónica y realizar su administración con bomba de infusión”.^{20,21}
- “Existen diferentes protocolos de utilización como son: la forma aritmética y la geométrica. En la primera se comienza con 1 UI, 2 UI, y otros y en la segunda con un aumento exponencial cada 40 – 60 min (la dosis se duplica)”.^{20,21}
- “En estos momentos se aconseja duplicar la dosis de oxitocina hasta 8 UI y luego subir de 1 – 2 UI/min para impedir un mecanismo de saturación de receptores y falta de respuesta a la oxitocina (regulación descendente) En nuestro centro aplicamos la forma geométrica hasta 8 UI y después se sigue con el método aritmético”.^{20,21}

- “Las venoclisis después de preparadas y pasadas 8 horas se desnaturalizan y pierden su efecto, al igual que con las dosis altas mantenidas por encima de 10 UI, lo cual conduce, en muchos casos, a falta de respuesta”.^{20,21}

- “Es importante señalar la vigilancia de la dinámica uterina y de la FCF preferentemente por monitorización cuando se usa oxitocina. La dosis máxima aceptada de tolerancia para el feto es de 10 UI. A dosis de 44 UI comienza la oxitocina a tener un efecto antidiurético intenso, por lo que a dosis alta se recomienda utilizar con soluciones más concentradas debido a las múltiples complicaciones que pueda ocasionar”.^{20,21}
 - ✓ Hiperestimulación uterina.
 - ✓ Rotura uterina.
 - ✓ Sufrimiento fetal.
 - ✓ Muerte fetal.

2.2.6.2. Tracción Controlada del Cordón Umbilical.

“El cordón umbilical se debe pinzar cerca del periné, sosteniéndose el extremo de la pinza con una mano. Se estabiliza el útero aplicando contracción durante la tracción controlada del cordón umbilical, lo que ayuda a prevenir la inversión uterina. Mantenga tensión leve en el cordón umbilical y espere una contracción fuerte del útero (2-3 minutos). Cuando el útero se contraiga o el cordón se alargue, hale el cordón con mucha delicadeza para extraer la placenta. Con la otra mano continúe ejerciendo contracción sobre el útero”.²¹

Si la placenta no desciende después de los 15 a 30 minutos de tracción controlada del cordón (es decir si no hay ningún signo de separación placentaria), no se debe continuar jalando el cordón. “Se debe sostener con delicadeza el cordón umbilical y esperar hasta que el útero esté bien contraído de nuevo. Al ser expulsada la placenta, se debe sostener con las manos y girar con delicadeza hasta que las membranas queden torcidas y se expulsen. Verificar y examinar que la placenta y las membranas se expulsaron completamente”.²¹

2.2.6.3. Masaje Uterino.

Luego del alumbramiento, el fondo del útero se masajea a través del abdomen de la mujer hasta que consiga contraer el útero. Repita el masaje uterino cada 15 minutos durante las 2 primeras horas, es necesario controlar que exista una correcta retracción uterina y que los loquios sean normales.^{22,21}

2.2.7. Alumbramiento Patológico.

El alumbramiento patológico “es el trastorno que se da durante el mecanismo de expulsión de la placenta y de sus anexos, produciendo distocias y accidentes que pueden comprometer la vida de la madre y que condicionan situaciones de emergencia que demandan el conocimiento de la alteración y el tratamiento inmediato, destacando la retención de la placenta y membranas ovulares, las hemorragias del alumbramiento y la inversión aguda del útero”.²³

2.2.7.1. Retención de la Placenta y Membranas Ovulares.

Pudiéndose presentar distintas características clínicas y fisiopatológicas que se resumen en:

- **Retención total:** “Esta es causada por Distocias dinámicas (inercia, anillos de contracción.) y distocias anatómicas (adherencia anormal de la placenta)”.
- **Retención parcial:** “Consiste en la retención de restos placentarios y retención de membranas”.

2.2.7.2. Retención de Restos Placentarios.

Se define como “la falta de expulsión de membranas ovulares y/o cotiledones dentro de los 15 minutos que suceden al parto. La placenta se encuentra adherida. La retención de placenta y/o restos puede producirse por antecedentes de cesárea, legrado uterino”.²³

“Con frecuencia no es toda la placenta sino uno o varios cotiledones, los que quedan retenidos en la cavidad uterina. En la mayoría de los casos se debe a las realizaciones de maniobras intempestivas durante el alumbramiento tales como expresiones apresuradas, tironeamientos desde el cordón umbilical”.

“Pero también ocurre como resultados de alumbramientos manuales incompletamente realizada y ante la existencia de cotiledones aberrantes (placenta succenturiada) o adherencias anormales de la placenta”.²³

- **Diagnóstico:** El diagnóstico “se realiza por el examen minucioso de la placenta que se efectuará después de todo alumbramiento, observándose así la ausencia de uno o más cotiledones.”²³

La hemorragia externa “es inconstante y no puede guardar relación de intensidad directa con el tamaño de cotiledones retenido. El tacto uterino que se llevará a cabo sólo en caso necesario, confirmará el diagnóstico”.²³

- **Cuadro clínico:** Se caracteriza por los siguientes signos y síntomas:
 - ✓ Sangrado por vía vaginal de moderado a grave.
 - ✓ Hipotensión.
 - ✓ Taquicardia.
 - ✓ Oliguria.
 - ✓ Taquipnea.
 - ✓ Palidez.
 - ✓ Útero flácido o con desgarros del canal del parto.
 - ✓ Abdomen agudo.
 - ✓ Alteración del estado de conciencia.
- **Tratamiento:** El tratamiento puede hacerse “empleando la terapéutica abstencionista, siempre que no exista hemorragia, existiendo la contractibilidad uterina en busca de la expulsión espontánea, como la

terapéutica de rigor en caso de hemorragia exigirá legrado uterino. Si fuera necesario se recurrirá al legrado instrumental utilizándose de preferencia las curetas de bordes romos de Pinard”.²³

2.2.7.3. Retención de Membranas.

Es la “retención de fragmentos de la membrana ovulares de la placenta es frecuente aun en partos espontáneos pudiendo también retenerse en su totalidad (amnios y corion)”.

“El factor etiológico principalmente son las maniobras apresuradas o intempestivas. Considerando que las friabilidades del tejido y el grado de adherencia placentaria asentada constituyen causas determinantes. Se puede añadir también la expulsión brusca del disco placentario y casos de placenta circunvalada o marginada”.²³

- **Diagnóstico:** “El diagnostico se hará fundamentalmente examinando los anexos después del alumbramiento y así veremos el tipo de retención”.²³
- **Evolución clínica:** “Lo más frecuente es que estos se eliminen en los días siguientes del puerperio junto con los loquios, generalmente desintegrados, a la par que se observan entuertos acentuados o fetidez loquial, puesto que en la retención facilita el ascenso de gérmenes que predisponen a la infección”.²³
- **Tratamiento:** “La conducta seguir será expectante en primer si el sangrado es escaso, entonces se pondrá altas dosis de oxióticos los que serán suficientes para su eliminación y la colocación de bolsa de hielo. En los casos de retención total puede procederse al raspado con curetas, romos de Pinard”.²³

2.2.8. Legrado Instrumental.

Se realizará una vez confirmada la existencia de retención total o parcial de la placenta o de sus membranas o anexos, dentro de la cavidad uterina con la paciente preparada y bajo anestesia general o local, según a lo que se requiera, y la paciente en posición ginecológica, se colocará un espejo y/o valvas y se prende el labio anterior.²³

A veces la dilatación cervical es suficiente para la introducción de la cureta. En caso contrario se procede a la dilatación artificial. “Es aconsejable explorar con histerometro el útero para precisar características, práctica que nos orienta respecto a su dirección y longitud del canal cervical pasando siempre el orificio de la cavidad uterina La cureta se lleva hasta el fondo uterino y se retira hacia el cuello de esta manera se recorre la cara anterior luego se continua con la posterior, los bordes y los ángulos uterinos”.²³

“Las secuelas que puede dejar la destrucción excesiva de la mucosa en superficie en profundidad son las llamadas sinequias de la cavidad, determinando amenorreas o esterilidad secundaria, por falta de la recuperación de la mucosa, debido a la destrucción de la capa basal por un legrado demasiado fuerte, también puede causar posteriormente graves complicaciones como predisposición a placentas previas y accidentes en el alumbramiento por adherencias anormales de la placenta en partos posteriores”.²³

2.2.9. Muerte Fetal.

La muerte fetal, es decir “el mortinato intrauterino de un feto de cualquier edad gestacional, se considera un grave problema de salud pública al que se concede poca importancia. La muerte fetal denota el mortinato antes de la expulsión completa o la extracción de un producto de la concepción humana, de su madre, independientemente de la duración de la gestación y de que se haya inducido o no a la terminación del embarazo”.

El mortinato suele estar indicado por el hecho que después de la expulsión o la extracción, el feto no respira ni muestra otros signos de vida como el latido cardíaco, la pulsación del cordón umbilical.²⁴

- **Exploración clínica:**

Algunos métodos importantes en la valoración del mortinato incluyen la necropsia neonatal, así como la identificación del cariotipo y la exploración de la placenta, el cordón umbilical y las membranas. En el parto se recomienda la exploración minuciosa del feto, la placenta y la membrana con documentación cuidadosa en el expediente clínico.²⁴

2.2.10. Hemorragia Postparto.

“Es la pérdida sanguínea en cantidad mayor de 500 ml durante las primeras 24 horas después del parto y ocurre entre el 5 y el 10% de los partos. Puede llegar a constituir uno de los procesos más serios de los que afectan a la madre en el estado grávido puerperal”.²⁵

La hemorragia postparto es causada por una distocia dinámica o una distocia anatómica antes de la expulsión de la placenta; y por una posible retención de restos placentarios o defectos de coagulación después de la expulsión de la placenta.²⁵

- **Etiopatogenia general:**

Luego del parto el útero se adapta a la reducción del volumen, retrayéndose sobre la placenta. Como esta carece de esa propiedad, se da una desproporción con aquel, la que pone en tensión las vellosidades coriales para separarlas luego.²⁵ “Simultáneamente, las contracciones del útero favorecen esta separación hasta que la completan, con el consiguiente descenso de la placenta a la vagina. Después del desprendimiento el útero realiza la hemostasia de la herida, gracias a que se retrae aún más, a que las contracciones continúan su acción comprimiendo los vasos y a que estos se ocluyen por la formación de trombos”.²⁵

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.

- **Alumbramiento:** “El alumbramiento es el período del parto que empieza después de la expulsión del producto de la concepción y la salida de la placenta y los anexos ovulares”.²⁰
- **Amnios:** “Hace referencia a una membrana que es flexible, fuerte y resistente, constituyendo la capa más interna de la bolsa de las aguas”.¹²
- **Corion:** “Es la membrana fetal que está en contacto directo con el endometrio del útero y que recubre el saco coriónico”.¹³
- **Endometrio:** “Es la mucosa que tapiza la cavidad uterina; en la actualidad, se le considera como un órgano regulador hormonalmente que sufre unos cambios periódicos que son la base del ciclo menstrual propio de seres humanos y primates superiores”.¹³
- **Involución:** “Es el proceso por el cual el útero regresa a su posición normal. Se da como consecuencia de mínimas contracciones uterinas que siguen ocurriendo desde el momento del parto hasta que la mujer vuelve a ciclar”.¹⁸
- **Legrado:** “El legrado del útero o raspado de la matriz consiste en extraer la capa más interna del útero, llamada endometrio, mediante un instrumento denominado legra”.²³
- **Óbito:** “El óbito es la muerte fetal, es decir el mortinato intrauterino de un feto de cualquier edad gestacional; antes de la expulsión completa o la extracción de un producto de la concepción humana”.²⁴

- **Oxitócicos:** “Fármacos que estimulan la contracción del miometrio. Se usan para inducir el trabajo de parto a término, para evitar o controlar la hemorragia postparto o post aborto y para evaluar el estado fetal en embarazos de alto riesgo”.²⁰
- **Parto:** “Significa la expulsión de un feto con un peso mayor de 500g o con más de 22 semanas de edad gestacional”.¹⁴
- **Placenta:** “Es un órgano que se forma en el útero durante el embarazo. La placenta del embarazo de termino (37- 41 semanas de amenorrea) tiene una forma de torta circular u oval de 18 a 20 cm de diámetro mayor”.¹¹
- **Útero:** “También denominado matriz, es el órgano de la gestación y el mayor de los órganos del aparato reproductor femenino; es un órgano muscular, hueco en forma de pera, infra peritoneal situado en la pelvis menor”.²¹

CAPÍTULO III.

3. HIPÓTESIS Y VARIABLES.

3.1. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.

3.1.1. Hipótesis General.

H_i El alumbramiento dirigido favorece en la no retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal atendidos en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas durante los meses de Enero a Febrero del año 2017.

3.1.2. Hipótesis Específica.

- El factor clínico predominante asociado a la retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal con alumbramiento dirigido atendidos en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas durante los meses de Enero a Febrero del año 2017, es Óbito Fetal.
- Las principales complicaciones más frecuentes de una retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal con alumbramiento dirigido son las Hemorragias Postparto.

3.2. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LOS VARIABLES.

3.2.1. Definición Conceptual.

3.2.1.1. Alumbramiento Dirigido.

Se trata de “una serie de intervenciones orientadas a acelerar la expulsión de la placenta por medio del aumento de las contracciones uterinas, y prevenir la hemorragia postparto evitando la atonía uterina”.²⁰

3.2.1.2. Retención de Restos Placentarios.

Es la retención de fragmentos de la membrana ovulares de la placenta es frecuente aun en partos espontáneos pudiendo también retenerse en su totalidad (amnios y corion).²³

3.2.2. Definición Operacional.

3.2.2.1. Alumbramiento Dirigido.

La determinación del alumbramiento dirigido será a través del empleo de fármacos oxitócicos para facilitar la contracción uterina.

3.2.2.2. Retención de Restos Placentarios.

La evaluación de retención de restos placentarios se realizó mediante la observación de la placenta y la medición de sangrado vaginal.

3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Unidad de medida	Escala	Valor final
VARIABLE (X): Alumbramiento Dirigido.	“Se trata de una serie de intervenciones orientadas a acelerar la expulsión de la placenta por medio del aumento de las contracciones uterinas, y prevenir la hemorragia postparto evitando la atonía uterina”. ²⁰	La determinación del alumbramiento dirigido será a través del empleo de fármacos oxitócicos para facilitar la contracción uterina.	<ul style="list-style-type: none"> • Administración de drogas uterotónicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Oxitocina. 	Si No	Razón.	Si: 1 No: 2
VARIABLE (Y): Retención de Restos Placentarios.	“Es la retención de fragmentos de la membrana ovulares de la placenta es frecuente aun en partos espontáneos pudiendo también retenerse en su totalidad (amnios y corion)”. ²³	Exámenes placentarios: Se trata de confirmar la integridad de la placenta y sus anexos.	<ul style="list-style-type: none"> • Fragmentos placentarios. • Hemorragia postparto. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Completa ✓ incompleta sangrado	Si no ≤ 500 ml > 500 ml	Nominal. Nominal.	Si: 1 No:2 Si: 1 No: 2

CAPÍTULO IV

4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

4.1. TIPO Y NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN.

4.1.1. Tipo de Investigación.

La presente investigación es de tipo cuantitativo, básico.

4.1.2. Nivel de Investigación.

El nivel aplicado en la presente investigación es de tipo descriptivo, ya que se describirá las variables como:

- El alumbramiento dirigido.
- Retención de restos placentarios.

Con el objetivo de aplicar los conocimientos de dichas variables.

4.2. MÉTODO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

4.2.1. Métodos de Investigación.

El método que se utilizó es de tipo inductivo, partiendo de premisas particulares a generales.

4.2.2. Diseño de la Investigación.

El diseño de la presente investigación es de tipo no experimental, de corte transversal; ya que dichas variables se indicaron en una sola oportunidad.

4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN.

4.3.1. Población.

La población estuvo conformada por 990 pacientes de parto vaginal con alumbramiento dirigido, atendidas en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas durante el año 2017.

Tabla 1. *Número de partos y retención de restos placentarios atendidos por cada mes en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas en el año 2017.*

Año / Meses	Parto Vaginal	Retención de Restos Placentarios	Total
Enero	89	9	98
Febrero	75	16	91
Marzo	94	4	98
Abril	60	7	67
Mayo	67	9	76
Junio	64	3	67
Julio	77	3	80
Agosto	72	5	77
Setiembre	80	8	88
Octubre	73	12	85
Noviembre	85	4	89
Diciembre	66	8	74
Total	902	88	990

Nota: Registro mensual de pacientes atendidos en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas durante el año 2017.

4.3.2. Muestra.

Para determinar la muestra, se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia, estableciendo aquellas pacientes de parto vaginal con alumbramiento dirigido atendidas durante los meses de Enero a Febrero durante el año 2017, debido a que en estos meses se observó mayor atención de partos y retención de restos placentarios; teniendo un tamaño muestral de 25 pacientes con retención de restos placentarios del total de 189 pacientes atendidos.

4.3.3. Criterios de Inclusión.

- Historias clínicas completas y legibles.
- Pacientes procedentes de parto vaginal.
- Pacientes a quienes se les realizó el alumbramiento dirigido.
- Pacientes con retención de restos placentarios.

4.3.4. Criterios de Exclusión.

- Historias clínicas incompletas e ilegibles.
- Pacientes procedentes de parto distócico.
- Pacientes a quienes no se les realizó el alumbramiento dirigido.
- Pacientes de parto vaginal con alumbramiento dirigido atendidos durante los meses de marzo a diciembre.
- Pacientes de retención de restos placentarios de otros establecimientos de salud.

4.4. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

4.4.1. Técnica.

Se utilizó como técnica la documentación consistente en la revisión de las historias clínicas previamente seleccionadas.

4.4.2. Instrumentos.

En la presente investigación se utilizó como instrumento, las fichas de recolección de datos.

ficha de recolección: consiste en un recuadro donde se registró la edad, estado civil, procedencia, ocupación, edad gestacional, numero de gestación, clasificación de parto, alumbramiento dirigido, retención de restos placentarios.

4.4.3. Validez y Confiabilidad.

El instrumento de recolección de datos ha sido sometido a juicio de tres expertos en la especialidad, validando en el documento la evidencia relacionada con el contenido, criterio y constructo; los expertos que validaron los instrumentos figuran en el anexo 3. Para la confiabilidad de la investigación se utilizó el alfa de Cronbach, obteniendo un coeficiente de fiabilidad de 0.82, por lo que el instrumento aplicado en la presente investigación es fiable superando al coeficiente de fiabilidad de 0.75.

4.4.4. Plan de Análisis de Datos.

Para el procesamiento de datos a nivel descriptivo, se utilizó la tabla de distribución de frecuencia y porcentaje, las cuales fueron procesadas en el estadístico SPSS 25, posteriormente se realizó el análisis de los resultados.

4.4.5. Ética de la Investigación.

Por ser una investigación retrospectiva y por no tener contacto directo con las pacientes motivo de estudio, no será necesario el consentimiento informado, aclarando que los datos que se obtengan servirán única y exclusivamente para la investigación.

CAPÍTULO V

5. RESULTADOS.

5.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE TABLAS Y FIGURAS.

El procesamiento de datos se realizó para la totalidad de la muestra de estudio representada por 189 casos observados y válidos, que representan a su vez a las pacientes atendidas durante los meses de Enero a Febrero del año 2017.

5.1.1. Análisis de Resultados de los Variables, alumbramiento dirigido y retención de restos placentarios.

Tabla 2. *Frecuencia de retención de restos placentario en pacientes con alumbramiento dirigido atendidos en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	25	13,2	13,2	13,2
	No	164	86,8	86,8	100,0
Total		189	100,0	100,0	

Nota: * Frecuencia y porcentaje de retención de restos placentario en pacientes atendidos en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas.

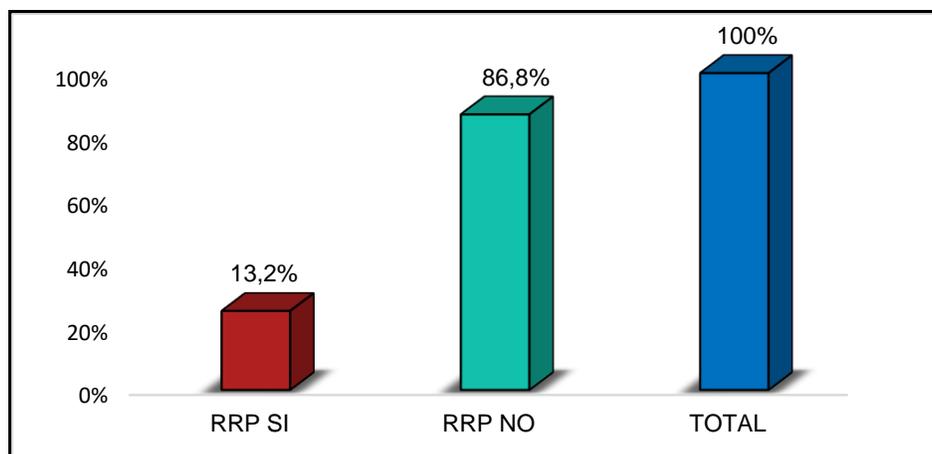


Figura 1. *Porcentaje de retención de restos placentarios en pacientes con alumbramiento dirigido.*

Durante los dos meses de estudio se atendieron en total 189 partos vaginales con alumbramiento dirigido en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, de los cuales 25 pacientes presentaron retención de restos placentarios y 164 pacientes sin retención de restos placentarios. De acuerdo a la tabla 2 y figura 1, muestra que la frecuencia de retención de restos placentarios es de 13,23% (25) durante los meses de Enero a Febrero del año 2017.

Tabla 3. *Frecuencia de retención de restos placentarios según su grupo etáreo atendidos en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.*

		Retención de restos placentarios			
		Si	No	Total	
Edad de las pacientes	14 – 19	Recuento	5	42	47
		% Edad de las pacientes	10,6%	89,4%	100,0%
	20 – 35	Recuento	20	102	122
		% Edad de las pacientes	16,4%	83,6%	100,0%
	35 a mas	Recuento	0	20	20
		% Edad de las pacientes	0,0%	100,0%	100,0%
Total		Recuento	25	164	189
		% Edad de las pacientes	13,2%	86,8%	100,0%

Nota: * Frecuencia y porcentaje de edades de pacientes que presentaron retención de restos placentarios con mayor frecuencia.

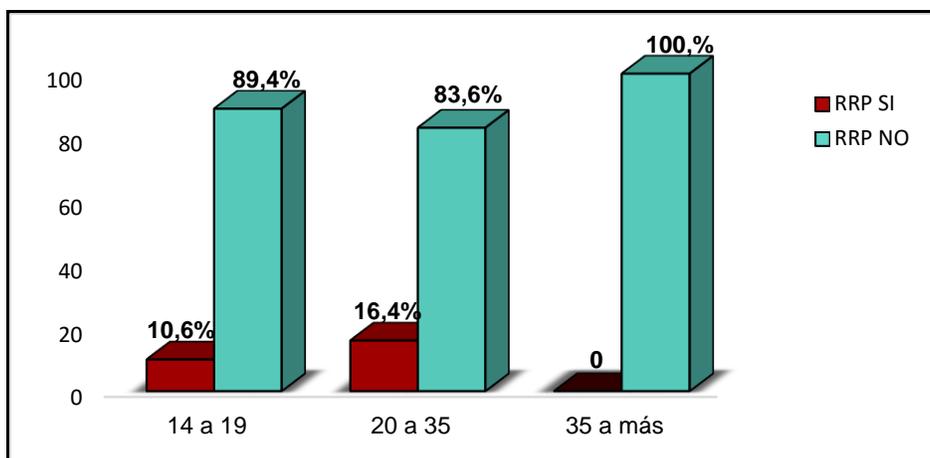


Figura 2. *Porcentaje de retención de restos placentario según grupo etáreo atendidos en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.*

De acuerdo a la tabla 3 y figura 2, se puede apreciar que las pacientes de parto vaginal con alumbramiento dirigido, atendidas en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas durante los meses de Enero a Febrero del año 2017, entre las edades de 20 a 35 años, presentaron una mayor frecuencia de retención de restos placentarios con un 16,4% (20), seguido por las pacientes entre las edades de 14 a 19 años con un 10,6% (5).

Tabla 4. *Frecuencia de retención de restos placentarios según lugar de procedencia en pacientes con alumbramiento dirigido en el hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Urbana	11	44,0%	44,0	44,0
	Rural	14	56,0%	56,0	100,0
Total		25	100,0	100,0	

Nota: * Frecuencia y porcentaje de pacientes con retención de restos placentarios, atendidos según al lugar de procedencia.

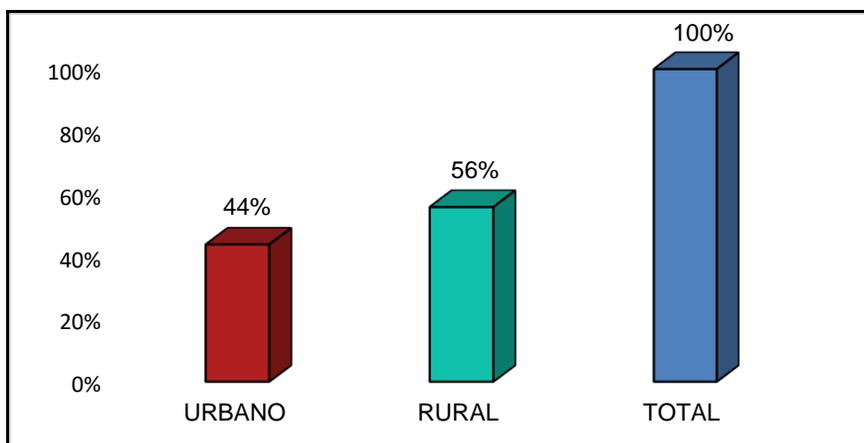


Figura 3. *Porcentaje de pacientes atendidas con alumbramiento dirigido y retención de restos placentarios, según el lugar de procedencia.*

De acuerdo a la tabla 4 y figura 3, muestra la frecuencia y porcentaje según al lugar de procedencia de las pacientes con alumbramiento dirigido y retención de restos placentarios atendidos en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas durante el año 2017, los pacientes de zona rural presentaron una mayor frecuencia y porcentaje con un 56% (14), seguido por pacientes de la zona urbano con un 44% (11).

Tabla 5. *Frecuencia de retención de restos placentarios según a la edad gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.*

			Retención de restos placentarios		
			Si	No	Total
Edad Gestacional	<36,00	Recuento	2	15	17
		% dentro de EG	11,7%	88,2%	100,0%
37,00 a	42,00	Recuento	22	147	169
		% dentro de EG	13,0%	86,9%	100,0%
42,00 a	mas	Recuento	1	2	3
		% dentro de EG	33,3%	66,6%	100,0%
Total		Recuento	25	164	189
		% dentro de EG	13,2%	86,8%	100,0%

Nota: * Frecuencia y porcentaje de retención de restos placentarios según a la edad gestacional de las pacientes atendidas en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas.

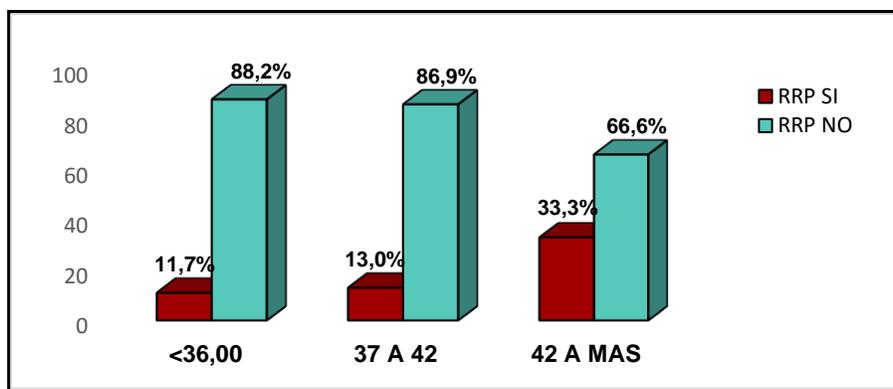


Figura 4. *Porcentaje de la edad gestacional de pacientes que presentaron y retención de restos placentarios en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas – 2017.*

La tabla 5 y figura 4, muestran la frecuencia y porcentaje de las pacientes con alumbramiento dirigido y retención de restos placentario según a la edad gestacional en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas durante el año 2017, donde se puede apreciar una mayor frecuencia y porcentaje de retención de restos placentarios en pacientes entre 37 a 42 semanas con un 13% (22), seguido por pacientes menor de 36 semanas con 11,7% (2) lo cual nos muestra que no es estadísticamente significativo.

Tabla 6. *Frecuencia de retención de restos placentario en pacientes con alumbramiento dirigido, según el numero de gestaciones.*

			Retención de restos placentarios		
			Si	No	Total
Gesta	1,00	Recuento	10	67	77
		% dentro de Gesta	13,0%	87,0%	100,0%
2,00		Recuento	4	54	58
		% dentro de Gesta	6,8%	93,1%	100,0%
3,00		Recuento	8	20	28
		% dentro de Gesta	28,5%	71,4%	100,0%
4,00		Recuento	2	13	15
		% dentro de Gesta	13,3%	86,6%	100,0%
5,00		Recuento	1	10	11
		% dentro de Gesta	9,0%	90,9%	100,0%
Total		Recuento	25	164	189
		% dentro de Gesta	13,2%	86,8%	100,0%

Nota: * Frecuencia y porcentaje de retención de restos placentarios según al número de gestas en pacientes atendidas en el Hospital Hugo Pecse Pescetto de Andahuaylas.

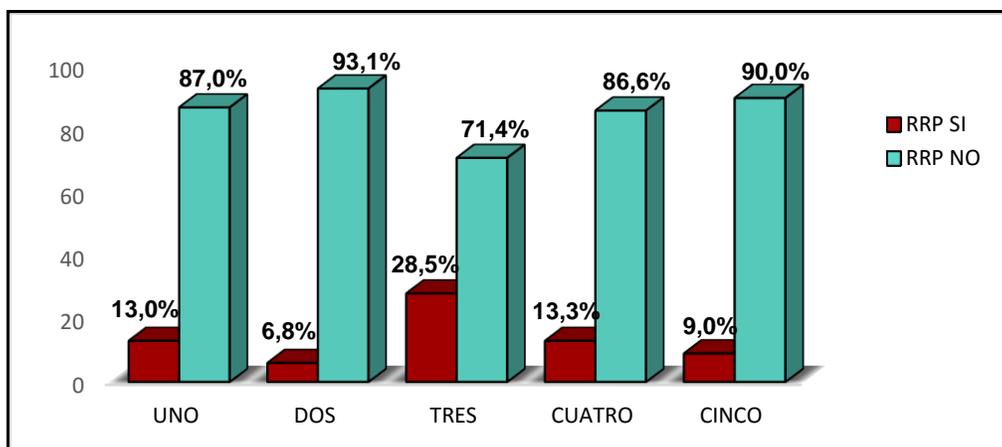


Figura 5. *Porcentaje de número de gestas de las pacientes atendidas con alumbramiento dirigido y retención de restos placentarios en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.*

Durante los dos meses de estudio se atendieron en total 189 partos vaginales con alumbramiento dirigido en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, de los cuales 77 pacientes fueron primigestas, 58 segundigestas, 28 tercigestas y mujeres con su cuarta gestación 15. De acuerdo a la tabla 6 y figura 5, muestra que la frecuencia y porcentaje de retención de restos placentarios en primigestas es 13% (10), seguido por mujeres tercigestas con un 28,5% (8) durante los meses de Enero a Febrero del año 2017.

Tabla 7. *Frecuencia de retención de restos placentarios en pacientes con alumbramiento dirigido según a la ruptura prematura de membrana, atendidos en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.*

			Retención de restos placentarios		
			Si	No	Total
Ruptura Prematura de Membrana	Si	Recuento	2	21	23
		% dentro de RPM	8,7%	91,3%	100,0%
	No	Recuento	23	143	166
		% dentro de RPM	13,9%	86,1%	100,0%
Total	Recuento	25	164	189	
	% dentro de RPM	13,2%	86,8%	100,0%	

Nota: * Frecuencia y porcentaje de ruptura prematura de membranas en pacientes de parto vaginal con alumbramiento dirigido y retención de restos placentarios.

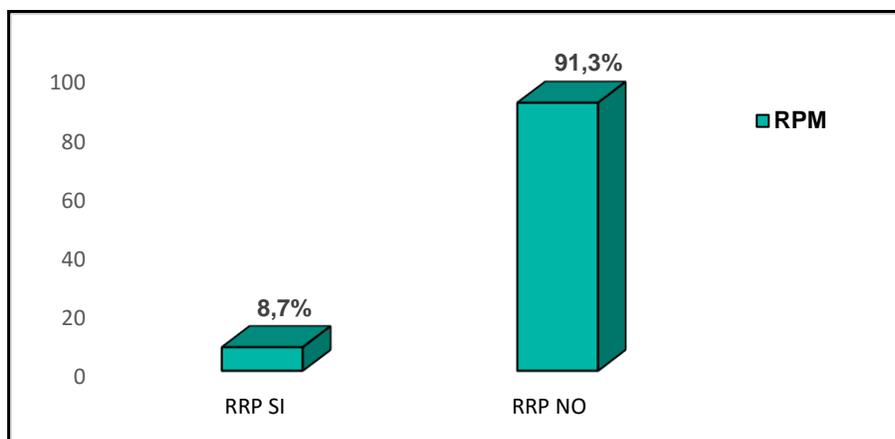


Figura 6. *Porcentaje de retención de restos placentarios en pacientes con alumbramiento dirigido según a la ruptura prematura de membrana en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.*

La tabla 7 y figura 6, muestra la frecuencia y porcentaje de pacientes con ruptura prematura de membrana que presentaron retención de restos placentarios atendidos en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, durante los dos meses de estudio se atendieron 23 pacientes con ruptura prematura de membrana de las cuales 2 (8,7%) presentaron retención de restos placentarios y 21 (91,3%) no presentaron retención de restos placentarios.

Tabla 8. *Distribución de frecuencia y porcentaje de retención de restos placentario en pacientes con alumbramiento dirigido según a una cesárea anterior atendidos en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.*

		Retención de restos placentarios			
		Si	No	Total	
Cesárea Anterior	Si	Recuento	2	14	16
		% Cesárea Anterior	12,5%	87,5%	100,0%
	No	Recuento	23	150	173
		% Cesárea Anterior	13,3%	86,7%	100,0%
Total		Recuento	25	164	189
		% Cesárea Anterior	13,2%	86,8%	100,0%

Nota: * Frecuencia y porcentaje de cesárea anterior en pacientes de parto vaginal con alumbramiento dirigido y retención de restos placentarios.

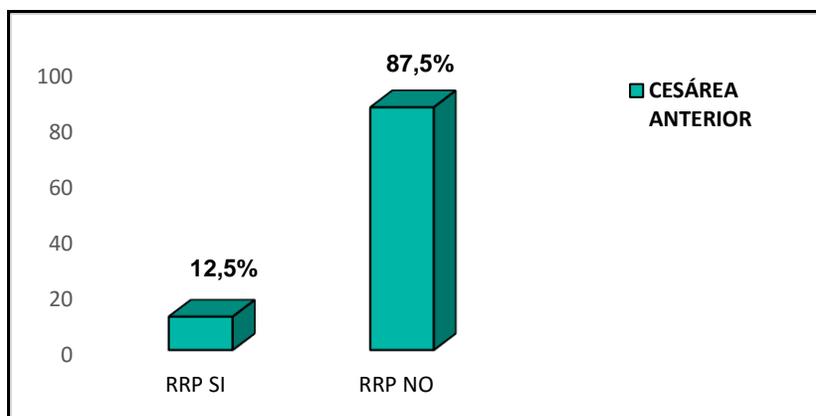


Figura 7. *Porcentaje de cesárea anterior en pacientes de parto vaginal con alumbramiento dirigido y retención de restos placentarios.*

De acuerdo a la tabla 8 y figura 7, sobre la frecuencia y porcentaje de pacientes con cesárea anterior que presentaron retención de restos placentarios atendidos en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas durante los meses de Enero a Febrero del año 2017, se puede apreciar que del 100% (16) de pacientes con cesárea anterior solo el 12,5% (2) presentaron retención de restos placentarios y el 87,5% (14) no presentaron retención de restos placentarios.

Tabla 9. *Distribución de frecuencia y porcentaje de retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal con alumbramiento dirigido según a óbito fetal atendidos en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.*

			Retención de restos placentarios		
			Si	No	Total
Óbito Fetal	Si	Recuento	2	0	2
		% dentro de Óbito Fetal	100,0%	0,0%	100,0%
	No	Recuento	23	164	187
		% dentro de Óbito Fetal	12,3%	87,7%	100,0%
Total	Recuento	25	164	189	
	% dentro de Óbito Fetal	13,2%	86,8%	100,0%	

Nota: * Frecuencia y porcentaje de óbito fetal en pacientes de parto vaginal con alumbramiento dirigido y retención de restos placentarios atendidos en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.

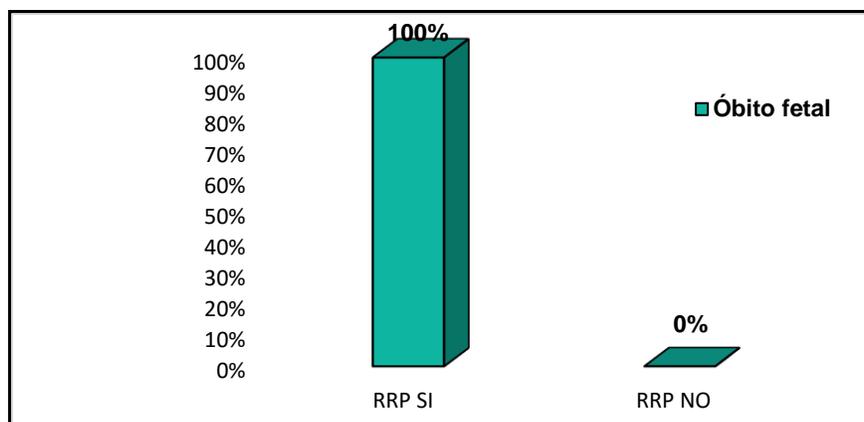


Figura 8. *Porcentaje de óbito fetal en pacientes de parto vaginal con alumbramiento dirigido y retención de restos placentarios en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.*

De acuerdo a la tabla 9 y figura 8, sobre la frecuencia y porcentaje de pacientes con óbito fetal que presentaron retención de restos placentarios en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, durante los meses de Enero a Febrero del año 2017, se puede apreciar que el 100% (2) de pacientes con óbito fetal presentaron retención de restos placentarios, lo cual es estadísticamente muy significativo.

Tabla 10. *Pacientes con retención de restos placentarios que presentaron hemorragia postparto atendidos en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.*

		Hemorragia Post parto			
		Si	No	Total	
Retención de restos placentarios	Si	Recuento	4	21	25
		% de RRP	16,0%	84,0%	100,0%
	No	Recuento	0	164	164
		% de RRP	0,0%	100,0%	100,0%
Total		Recuento	4	185	189
		% de RRP	2,1%	97,9%	100,0%

Nota: * Frecuencia y porcentaje de hemorragia post parto en pacientes de parto vaginal con alumbramiento dirigido.

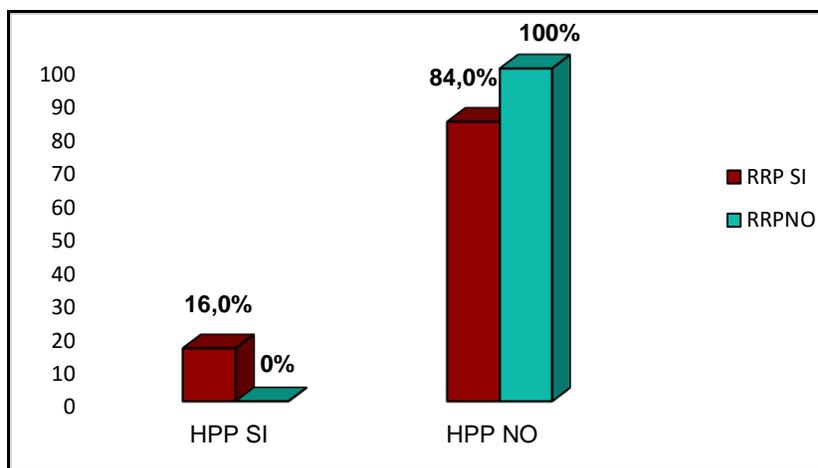


Figura 9. *Porcentaje de hemorragia postparto en pacientes de parto vaginal con alumbramiento dirigido y retención de restos placentarios en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.*

de acuerdo a la tabla 10 y figura 9, sobre la frecuencia y porcentaje de pacientes con retención de restos placentarios que presentaron hemorragia postparto en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, durante los meses de enero a febrero del año 2017, se puede apreciar que del total de 25 pacientes con retención de restos placentarios el 16,4% (4) presentaron hemorragia postparto y el 84,0% (21) no presentaron hemorragia postparto lo cual nos indica q tiene un significado estadístico.

Tabla 11. *Legrado uterino en pacientes que presentaron retención de restos placentario atendidos en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.*

		Retención de restos placentarios			
		Si	No	Total	
Post legrado uterino	Si	Recuento	25	0	25
		% de Post legrado uterino	100,0%	0,0%	100,0%
No	No	Recuento	0	164	164
		% de Post legrado uterino	0,0%	100,0%	100,0%
Total		Recuento	25	164	189
		% de Post legrado uterino	13,2%	86,8%	100,0%

Nota: * Frecuencia y porcentaje de legrado uterino en pacientes con retención de restos placentarios.

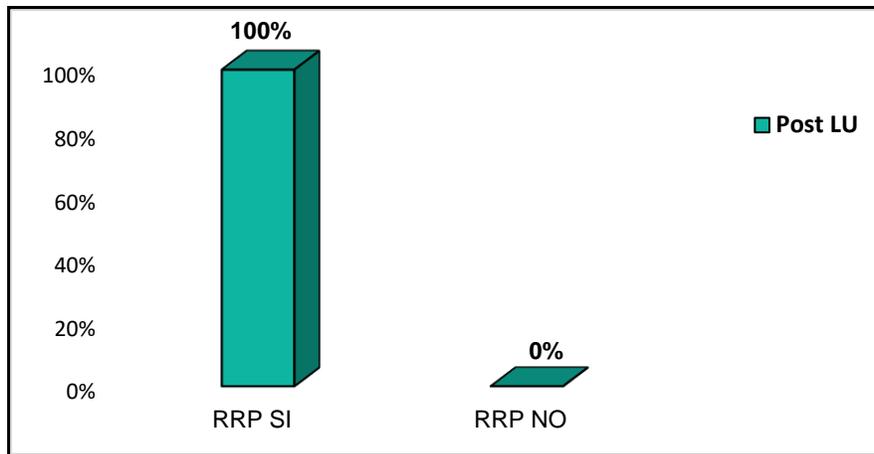


Figura 10. *Porcentaje de legrado uterino en las pacientes con retención de restos placentarios atendidos en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.*

La tabla 11 y figura 10 , muestra la frecuencia y porcentaje de legrado uterino en pacientes que presentaron retención de restos placentarios atendidas en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas durante los meses de Enero a Febrero del año 2017, donde se observa que a los 25 pacientes que presentaron retención de restos placentarios se les realizo legrado uterino al 100%.

5.2. DISCUSIÓN.

- La frecuencia global de retención de restos placentarios en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas durante los meses de Enero a Febrero es menor en comparación con otros estudios, con un 13.23% (25) de un total de 189 partos; estos resultados se asemejan a los resultados obtenidos por **segura A, et al (2013)**, quien aplicó el método de alumbramiento activo a 364 casos (54,1 %) y expectante a 159 (45,9 %), obtuvieron los resultados.⁷
 - ✓ El alumbramiento activo se relacionó con una menor necesidad de transfusión de sangre (0,8 % vs. 1.8)
 - ✓ menor duración del tercer período del parto (0,3 % vs. 1,2 %).
 - ✓ necesidad de histerectomía puerperal e ingreso en unidad de terapia intensiva (0 vs. 0,35 %).

Espino C, et al. (2010), Realizaron un trabajo de investigación titulada: “Estudio Comparativo del Alumbramiento Activo vs Alumbramiento Espontaneo donde refiere que el alumbramiento espontaneo tiene mayor influencia en la retención de membranas ovulares que el alumbramiento activo, teniendo este último menor tiempo de desprendimiento placentario.”⁹

- Se determinó que las hemorragias postparto son la complicación más frecuente de la retención de restos placentarios con un porcentaje menor de 16,0% lo cual concuerda con el estudio de **Piloto M, et al. (2014)**, donde el manejo activo del alumbramiento estuvo asociado con disminución de la hemorragia posparto con riesgo relativo (RR): 0.52.y no se presentaron complicaciones graves maternas; el empleo sistemático del manejo activo del tercer periodo del parto es mejor opción que la conducta expectante en cuanto a la pérdida de sangre y otras complicaciones maternas.⁵

A su vez se asemeja al estudio realizado por **Bonifaz J. (2010)**, que realizó un trabajo de investigación titulada: “Hemorragias postparto en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Provincial General Docente de Reque 2010”; llegando a las siguientes conclusiones: el 32% entre las edades comprendidas son de 24 - 29 años

de las cuales, se determinó que, como mayor factor de riesgo, es la hemorragia postparto de tipo uterina con un 70% y el 42 % al alumbramiento incompleto; en la hemorragia postparto de tipo no uterina. Es necesario que las historias clínicas se llenen de manera completa y correcta para mejorar la apreciación de los factores de riesgo de las pacientes y no dudar en efectuar el „manejo activo” del alumbramiento para disminuir la hemorragia post parto y mortalidad.¹⁰

5.3. ANÁLISIS INFERENCIAL.

No se realizó el análisis inferencial, prueba de hipótesis, prueba de normalidad, porque el nivel de estudio es de tipo descriptivo, donde la variable de estudio (alumbramiento dirigido) es una constante lo que no amerita su aplicación estadísticamente. La prueba de normalidad solo es aplicable en variables cuantitativas, el presente estudio presenta variables categóricas no paramétricas

CONCLUSIONES

1. La frecuencia de retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal con alumbramiento dirigido en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas representa el 13.23% (25),
2. El factor directamente asociado a la retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal con alumbramiento dirigido en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, es óbito fetal representando el 100%.
3. Los factores que se asocian a la retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal con alumbramiento dirigido en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, en menor porcentaje no significativo son cesárea anterior, ruptura prematura de membrana y paridad.
4. La complicación más frecuente de la retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal con alumbramiento dirigido en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, es la hemorragia postparto que representa el 16,0% del total de pacientes con retención de restos placentarios.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a los estudiantes de la Universidad Alas Peruanas de la escuela profesional de obstetricia, realizar estudios sobre el óbito fetal relacionado a la retención de restos placentarios.
2. A los futuros investigadores que van a investigar sobre la misma variable que se ha investigado, se le recomienda tomar en cuenta los presentes resultados para que se pueda mejorar los índices de retención de restos placentarios y alumbramiento dirigido y de la misma forma dar a conocer los frutos de esta investigación.
3. Se recomienda dar mayor importancia al tercer periodo de parto, debido a su evolución silenciosa lamentablemente muchas veces es mirado con indiferencia ya que el profesional juzga el acto del parto como ya terminado.
4. Realizar un buen examen de la placenta y anexos tomándose el tiempo prudencial necesario para descartar probables complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Protocolo SEGO. Hemorragia postparto precoz (actualizado en 2006). Disponible en <http://www.sego.es/>.
2. Crianza natural. Cuidados durante la tercera fase del parto. Pág. 1 [citado: 06 junio 2010]. Disponible en: <http://www.crianzanatural.com/art/art41.html>.
3. Elbourne DR, Prendiville WJ, Carroli G, Wood J, McDonald S. Uso profiláctico de la ocitocina en el alumbramiento. La Biblioteca Cochrane Plus. Pág. 1 [citado: 07 junio 2010]. Disponible en: <http://www.updateoftware.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD001808>.
4. Martínez, V.. Manejo activo del tercer periodo del parto y la hemorragia posparto en el hospital Fernando Vélez Paiz en el periodo de 1 octubre a diciembre del 2004. [citado: 07 junio 2010]. Disponible en: http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/Full_text/gineco_obstetricia/updat e/TERCER%20PERIODO%20DEL%20PARTO%20Y%20LA%20HEMORR AGIA.pdf.
5. Piloto, M; Cruz, D y Col; Impacto materno del manejo activo del alumbramiento – Cuba – 2014.
6. Pérez L., M.; Arenas R.,J. y Col.² 2013 –“Manejo del Alumbramiento con Diferentes Pautas y Tiempos de Administración de Oxitocina.
7. Segura, A, Vianacheylar, G. y Col. “Influencia del Alumbramiento Activo sobre la Morbilidad Materna por Hemorragia Posparto Hospital Militar Central Dr. Luis Díaz Soto, La Habana, Cuba- 2013.
8. Ormeño, M. “Causas de hemorragias ocurridas en el periodo de alumbramiento dirigido en el servicio gineco obstetricia del Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala, Puquio – Ayacucho, Agosto 2012 – mayo 2013”.

9. Espino Chalco, Noelia E.: “Estudio Comparativo del Alumbramiento Activo vs Alumbramiento Espontaneo y su Influencia en Retención de Membranas Ovulares - Hospital Santa María del Socorro de Ica” - 2010.
10. Bonifaz J.;” Hemorragias postparto en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Provincial General Docente de Reque 2010”
11. Schwarcz R, sala Duverges / Ricardo L. Schwarcz [et al.] Obstetricia. 5ª ed. Buenos Aires: El Ateneo, 1995.
12. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. et al. Obstetricia. 6ª ed. Buenos Aires: El Ateneo, 2005.
13. Cunningham G, Ikeno K, Steven L. Williams Obstetricia. 23ª ed. Interamericana editores: Santa Fe, 2011.
14. Alvarado Alva J. Apuntes de obstetricia. 3ª ed. Sao Paulo 2013.”
15. Cunningham G, Kenneth J, Steven L, John C. Williams Obstetricia. 24ª ed. México: Santa Fe, 2015.
16. Cifuentes, R. “Obstetricia de Alto Riesgo” –Edit. Distribuna – sexta edición - . Colombia, 2010.
17. Vargas M., L.: -2008- Alumbramiento Normal - Universidad Austral de Chile, 2008 disponible: <http://biblioceop.files.wordpress.com/2011/02/alumbramiento-121.pdf>.
18. Pritchard, J.- 2007- Obstetricians de Williams. Cuarta Edición. Salvat Editores. España.
19. Schwartz R. y Cols.- 2008- Atención prenatal y del parto de bajo riesgo Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Uruguay.

20. Poeschmann RP et al. A randomized comparison of oxytocin, sulprostone and placebo in the management of the third stage of labour. *British Journal of Obstetrics & Gynecology* 2011.
21. manejo activo del tercer período del trabajo de parto para la disminución de complicaciones en hemorragias postparto en pacientes atendidas en el hospital general Alfredo Noboa Montenegro de Guaranda en el período comprendido entre enero 2012 a agosto 2012” Disponible en: http://www.bsv.sld.cu/revistas/san/vol9_2_05/san13205.htm.
22. Stephenson, P. USAID: Manejo Activo del Tercer Periodo del Trabajo de Parto: Una práctica simple para prevenir una hemorragia postparto. Disponible en: <http://www.maqweb.org/index.shtml>
23. WILLIAMS: 2001. *Obstetricia* 21 va Edición. Editorial Medica Panamericana. Buenos Aires.
24. Mac Dorman MF, Kirmeyer SE, Wilson CE: Fetal and perinatal mortality, United States, 2006. *Natl Vital Stat Rep* 60(8): 1, 2012.
25. American College of Obstetricians and Gynecologists: Postpartum hemorrhage. *Practice Bulletin No.76*, October 2006, Reaffirmed 2013.

<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes de una retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal con alumbramiento dirigido en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas durante los meses de Enero a Febrero del año 2017? 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer las principales complicaciones más frecuentes de una retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal con alumbramiento dirigido en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas durante los meses de Enero a Febrero del año 2017. 	<ul style="list-style-type: none"> • las principales complicaciones más frecuentes de una retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal con alumbramiento dirigido son las hemorragias postparto. 			
---	---	---	--	--	--

ANEXO 2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO Y RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS, EN
PACIENTES DE PARTO VAGINAL EN EL HOSPITAL HUGO PESCE PESCKETTO
DE ANDAHUAYLAS - 2017.

Ficha N.º:

N.º H.C.:.....

Edad: 14 -19 años:

20 – 35 años:

35 años a más:

Estado Civil: Soltera:

Casada:

Conviviente:

Procedencia: Urbana:

Rural:

Ocupación: Ama de casa:

Obrera:

Estudiante:

E.G: _____

G= _____

P= _____

Parto: A término:

Pretérmino:

Postérmino:

Ruptura Prematura de Membrana: Si:

No:

Cesárea Anterior: Si:

No:

Óbito Fetal: Si:

No:

Alumbramiento Activo: Si:

No:

Placenta: Completa:

Incompleta:

Membranas: Completa:

Incompleta:

Disociadas:

Retención de Restos Placentarios: Si:

No:

Hemorragia Postparto: Si:

No:

Lgrado Uterino: Si:

No:

ANEXO 3. MATRIZ DE VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS.



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO**

Estimado juez experto (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 correspondiente al proyecto de investigación Titulada:.....

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación			
2. La estructura del instrumento es adecuada			
3. Los ítems del instrumento responden a la Operacionalización de la variable			
4. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento			
5. Los ítems son claros y entendibles			
6. El número de ítems es adecuado para su aplicación			

SUGERENCIAS:

.....
.....
.....

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

ANEXO 4. VALIDACIÓN DE EXPERTOS

VALIDACIÓN DE EXPERTO 1



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
 ESCALA DE CALIFICACIÓN
 PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): Mercedes Gumericinda Aguirre Cayo

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 correspondiente al proyecto de investigación Titulada:

Alumbramiento dirigido y retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal en el hospital Hugo Pesce Pesceto de Andahuaylas - 2017.

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2. La estructura del instrumento es adecuado	X		
3. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	X		
4. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
5. Los ítems son claros y entendibles	X		
6. El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

SUGERENCIAS:

.....

HOSPITAL SUR REGIONAL ANDAHUAYLAS
 Aguirre Gumericinda Mercedes
 OBSTETRA ESPECIALISTA
 ALTO RIESGO OBSTETRICO • CUIDADOS PERINATALES
 RNE 130-E-08 COIP 5585

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

VALIDACIÓN DE EXPERTO 2



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
 ESCALA DE CALIFICACIÓN
 PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): Jessica Mariela Martinez Quineche

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 correspondiente al proyecto de investigación Titulada: Alumbamiento dirigido y retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal en el Hospital Hugo Pesce Pesceto de Andahuaylas-2017.

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2. La estructura del instrumento es adecuado	X		
3. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	X		
4. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
5. Los ítems son claros y entendibles	X		
6. El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

.....



 Martinez Quineche Jessica M.
 OBSTETRA

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

VALIDACIÓN DE EXPERTO 3



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO**

Estimado juez experto (a): Indira Cardenas Valenzuela

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 correspondiente al proyecto de investigación Titulada:

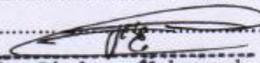
"Alumbramiento dirigido y retención de restos Placentarios en pacientes de Parto vaginal en el Hospital Hugo Pesce Pesceto de Andahuaylas 2017"

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2. La estructura del instrumento es adecuado	X		
3. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	X		
4. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
5. Los ítems son claros y entendibles	X		
6. El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

SUGERENCIAS:

.....


Indira Cardenas Valenzuela
 OBSTETRA
 C.O.P. 24398

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

ANEXO 5. COPIA DE DATA PROCESADA

COPIA DE LA DATA PROCESADA 1

URPI.sav [Conjunto_de_datos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	Edad	Numérico	8	2	Edad de las pa...	{1,00, 14 - 1...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
2	Estado	Numérico	8	2	Estado Civil	{1,00, Solter...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
3	Procedencia	Numérico	8	2	Lugar de proce...	{1,00, Urban...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
4	Ocupación	Numérico	8	1	Ocupación	{1,0, Ama d...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
5	EG	Numérico	8	2	Edad Gestacional	Ninguna	Ninguna	8	Derecha	Escala	Entrada
6	G	Numérico	8	2	Gesta	Ninguna	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
7	P	Numérico	8	0	Paridad	Ninguna	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
8	Parto	Numérico	8	0	Parto	{1, A términ...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
9	RPM	Numérico	8	2	Ruptura Premat...	{1,00, Si}...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
10	Cesarea	Numérico	8	2	Cesarea Anterior	{1,00, Si}...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
11	Óbito	Numérico	8	2	Óbito Fetal	{1,00, Si}...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
12	Alumbramie...	Numérico	8	2	Alumbramiento ...	{1,00, Si}...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
13	Placenta	Numérico	8	2	Integridad place...	{1,00, Comp...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
14	Membranas	Numérico	8	2	Integridad de M...	{1,00, Comp...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
15	Hemorragia	Numérico	8	2	Hemorragia Po...	{1,00, Si}...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
16	Retención	Numérico	8	2	Retención de re...	{1,00, Si}...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
17	Legrado	Numérico	8	2	Post legrado ut...	{1,00, Si}...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada

COPIA DE LA DATA PROCESADA 1

VISTA DE DATOS																Visible: 17 de 17 variables
	Edad	Estado	Procedencia	Ocupación	EG	G	P	Parto	RPM	Cesarea	Óbito	Alumbramiento	Placenta	Membranas	Hemorragia	Ret
1	20 - 35	Soltera	Rural	Obrera	39,00	3,00	2002	A término	No	No	Si	Si	Completa	Incompleta	No	
2	35 a mas	Conviviente	Rural	Obrera	36,00	7,00	6006	Pretérmino	No	No	No	Si	Completa	Completa	No	
3	14 - 19	Conviviente	Rural	Ama de casa	39,00	1,00	0	A término	No	No	No	Si	Completa	Completa	No	
4	20 - 35	Conviviente	Urbana	Ama de casa	39,00	1,00	0	A término	Si	No	No	Si	Completa	Completa	No	
5	35 a mas	Casada	Urbana	Ama de casa	35,00	4,00	3003	Pretérmino	No	No	No	Si	Completa	Completa	No	
6	20 - 35	Soltera	Urbana	Estudiante	38,00	2,00	1001	A término	No	Si	No	Si	Completa	Incompleta	Si	
7	20 - 35	Conviviente	Urbana	Ama de casa	41,00	5,00	4004	A término	No	No	No	Si	Completa	Completa	No	
8	20 - 35	Conviviente	Rural	Ama de casa	39,00	3,00	2002	A término	No	No	No	Si	Completa	Completa	No	
9	20 - 35	Conviviente	Urbana	Ama de casa	41,00	1,00	0	A término	No	No	No	Si	Completa	Completa	No	
10	20 - 35	Conviviente	Rural	Obrera	39,00	2,00	1001	A término	No	No	No	Si	Completa	Incompleta	No	
11	20 - 35	Conviviente	Urbana	Ama de casa	37,00	1,00	0	A término	Si	No	No	Si	Completa	Completa	No	
12	20 - 35	Casada	Urbana	Ama de casa	41,00	3,00	2002	A término	No	No	No	Si	Completa	Incompleta	No	
13	20 - 35	Conviviente	Urbana	Ama de casa	41,00	3,00	2002	A término	Si	No	No	Si	Completa	Completa	No	
14	20 - 35	Soltera	Rural	Obrera	39,00	2,00	1001	A término	No	Si	No	Si	Completa	Completa	No	
15	20 - 35	Conviviente	Rural	Ama de casa	39,00	1,00	0	A término	No	No	No	Si	Completa	Completa	No	
16	20 - 35	Soltera	Urbana	Estudiante	42,00	1,00	0	Postérmino	No	No	No	Si	Completa	Completa	No	
17	14 - 19	Soltera	Rural	Estudiante	39,00	1,00	0	A término	No	No	No	Si	Completa	Completa	No	
18	14 - 19	Soltera	Urbana	Estudiante	38,00	1,00	0	A término	No	No	No	Si	Completa	Completa	No	
19	20 - 35	Conviviente	Urbana	Ama de casa	39,00	2,00	1001	A término	No	No	No	Si	Completa	Completa	No	
20	14 - 19	Soltera	Rural	Estudiante	39,00	1,00	0	A término	Si	No	No	Si	Completa	Completa	No	
21	20 - 35	Conviviente	Rural	Obrera	38,00	4,00	3003	A término	No	Si	No	Si	Completa	Completa	No	
22	35 a mas	Conviviente	Urbana	Ama de casa	39,00	2,00	1001	A término	No	No	No	Si	Completa	Completa	No	

Vista de datos
Vista de variables

ANEXO 6. AUTORIZACIÓN DEL HOSPITAL HUGO PESCE PESCKETTO



GOBIERNO REGIONAL
APURÍMAC

Nº 009966



SOLICITA: Permiso para la recolección de datos

FORMATO UNICO DE TRAMITE

SEÑOR DIRECTOR DEL HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS

YO, Diego Amador Urpi Cardenas
Identificado (a) DNI: 73415752
Con domicilio en Av. Los Chankas N° 320

De la ciudad de Andahuaylas
De ocupación Estudiante

Ante Usted, con el debido respeto me presento y expongo:

Que, Se me otorgue la facilidad para la recolección de datos de Historias Clínicas, Registros de los Pacientes Atendidos en el servicio de Gineco-Obstetricia con fines de investigación para realización de tesis, habiendo culminado el internado en el Hospital Hugo Pesce Pescetto

POR LO EXPUESTO:
Ruego a Usted, Señor Director, atender a mi pedido por ser justa y legal

GOBIERNO REGIONAL APURÍMAC
Hospital Sub Regional Andahuaylas
Nº de Registro: 1396

26 MAR 2018
Hora: 14:25 Andahuaylas, 26 de Marzo del 2018

Firma: [Firma] Hojas: 01

Diego Amador Urpi Cardenas
NOMBRES Y APELLIDOS:
DNI N° 73415752

ANEXO 7.

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Yo, Diego Amador Urpi Cardenas, de nacionalidad peruano con documento de identidad N° 73415752, alumno de pregrado de la universidad Alas Peruanas filial Andahuaylas, bachiller en Obstetricia, natural del Departamento de Apurímac, Provincia de Andahuaylas del Distrito de Andahuaylas. Autor de la tesis titulada “alumbramiento dirigido y retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal en el hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas – 2017”

DECLARO QUE:

1. El presente trabajo de investigación, tema de la tesis presentada para la obtención del título de licenciado en obstetricia es original, siendo resultado de mi trabajo personal, el cual no he copiado de otro trabajo de investigación, ni he utilizado ideas, formulas, ni citas completas, así como ilustraciones diversas, sacadas de cualquier tesis, obra, articulo, memoria, etc., (en versión digital o impresa). Caso contrario, menciono de forma clara y exacta su origen o autor, tanto en el cuerpo de texto, figuras, cuadros, tablas u otros que tengan derechos de autor.
2. Declaro que el trabajo de investigación que pongo en consideración para evaluación no ha sido presentado anteriormente para obtener algún grado académico o título, ni ha sido publicado en sitio alguno. Soy consciente de que el hecho de no respetar los derechos de autor y hacer plagio, es objeto de sanciones universitarias y/o legales, por lo que asumo cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de irregularidades en la tesis. Así mismo, me hago responsable ante la universidad o terceros, de cualquier irregularidad o daño que pudiera ocasionar, por el incumplimiento de lo declarado. De identificarse falsificación, plagio, fraude o que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente, asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, responsabilizándome por todas las cargas pecuniarias o legales que derivan de ellos sometiéndome a las normas establecidas y vigentes de la universidad Alas Peruanas.

Andahuaylas 20 de Agosto del 2018

Firmas

ANEXO 8. FOTOS

