



Universidad Nacional
SAN LUIS GONZAGA



Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

Esta licencia permite a otras combinar, retocar, y crear a partir de su obra de forma no comercial, siempre y cuando den crédito y licencia a nuevas creaciones bajo los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0>

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
VICERRECTORADO DE INVESTIGACION
Facultad de Obstetricia



Relación entre alumbramiento incompleto y factores
obstétricos en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios
de Pisco, 2021-2022

Línea de Investigación

Salud Pública y Conservación del Medio Ambiente

INFORME FINAL DE TESIS

AUTOR

Bach. HERNANDEZ DE LA CRUZ, JULIANA MARGOT

Ica, Perú

2024

DEDICATORIA

A Dios, por fortalecer nuestros corazones e iluminar nuestras mentes, por poner nuestro camino a personas que han sido el soporte y compañía durante nuestro desarrollo profesional, a la sociedad en la que vivimos, con sus idas y venidas abrió caminos presentando retos para salir adelante y crecer.

A mis padres, por todo su esfuerzo durante estos años, por creer en mí, por alentarme en cada momento y porque me han dado el mejor ejemplo de perseverancia, de que a pesar de todo siempre se debe seguir adelante.

AGRADECIMIENTO

Al Hospital San Juan de Dios de Pisco, por haberme brindado el apoyo, permitiéndome la ejecución del presente estudio.

A mi asesora Mtro. Liliana Mylena Ramos Wilson que con sus consejos y recomendaciones me permitió avanzar y desarrollar este trabajo.

A la Facultad de Obstetricia de la UNICA, que me albergó en sus aulas y me brindó los conocimientos para mi formación profesional.

Índice de contenido

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
Índice de contenido	iv
Índice de tablas.....	v
Índice de gráficos.....	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
I. INTRODUCCION	9
1.1 Antecedentes de la Investigación.....	9
1.2 Bases Teóricas	12
II. ESTRATEGIA METODOLOGICA	24
III. RESULTADOS.....	26
IV. DISCUSION	37
V. CONCLUSIONES	39
VI. RECOMENDACIONES.....	40
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	41
VIII. ANEXOS.....	45

Índice de tablas

Tabla 1 Relación entre alumbramiento incompleto y la multiparidad en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022.....	59
Tabla 2 Relación entre alumbramiento incompleto y antecedente de legrado uterino en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022.	60
Tabla 3 Relación entre alumbramiento incompleto y antecedente de cesárea en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022.	61

Índice de figuras

Ilustración 1 Relación entre alumbramiento incompleto y la multiparidad en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022.	26
Ilustración 2 Relación entre alumbramiento incompleto y antecedente de legrado uterino en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022.....	27
Ilustración 3 Relación entre alumbramiento incompleto y antecedente de cesárea en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022.	28

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la relación entre el alumbramiento incompleto y factores obstétricos en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022.

MATERIAL Y MÉTODOS: La investigación fue de tipo Observacional, retrospectiva, transversal, de nivel Relacional y con un diseño No experimental.

POBLACION Y MUESTRA: Conformada por 85 casos de alumbramiento incompleto sucedidos en el Hospital San Juan de Dios de pisco en el año 2021-2022, se trabajó con la totalidad de los casos por lo que el tipo de muestreo es no probabilístico por conveniencia

RESULTADOS: Dentro de los resultados obtenemos que la multiparidad que predominó fue de 2 a 5 hijos con un 96,8%, el 54,1% si presentaron antecedentes de legrado uterino y el 37,6% antecedentes de cesárea. En cuanto al aborto incompleto tenemos que el 71,8% presentó retención de membranas y el 28,2% retención de placenta. En cuanto a los factores asociados tenemos que la multiparidad (0,002), los antecedentes de legrado uterino (0,013) y antecedentes de cesárea (0,014), si presentaron significancia.

CONCLUSIÓN: Existe relación significativa entre el alumbramiento incompleto y factores obstétricos en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022.

PALABRAS CLAVES: alumbramiento incompleto, factores, retención de membranas

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the relationship between incomplete delivery and obstetric factors in pregnant women treated at the San Juan de Dios Hospital in Pisco, 2021-2022.

Material and methods. The research was Observational, retrospective, cross-sectional, Relational level and with a not experimental.

POPULATION AND SAMPLE: Made up of 85 cases of incomplete birth that occurred at the San Juan de Dios Hospital in Pisco in the year 2021-2022, we worked with all the cases, so the type of sampling is non-probabilistic for convenience.

RESULTS: Within the results we obtain that the prevailing multiparty was 2 to 5 children with 96, 8 %, 54, 1% if they had a history of uterine curettage and 37, 6 % had a history of cesarean section. Regarding incomplete abortion, we have that 71, 8 % presented membrane retention and 28, 2 % placenta retention. Regarding the associated factors, we have multiparty (0,002), a history of uterine curettage (0,013) and a history of cesarean section (0,014), if they presented significance.

CONCLUSION: There is a significant relationship between incomplete delivery and obstetric factors in pregnant women treated at the San Juan de Dios Hospital in Pisco, 2021-2022.

KEY WORDS: incomplete delivery, factors, membrane retention.

I. INTRODUCCION

El embarazo es el resultado de la implantación del cigoto en el útero hasta el Nacimiento, constando de fase de dilatación, período expulsivo, y período de alumbramiento; luego del alumbramiento se pueden presentar diversas complicaciones como: hipertensión gestacional; infecciones y hemorragia postparto (HPP), siendo esta la que se presenta con mayor prevalencia, lo que podría desencadenar shock hipovolémico, de acuerdo al grado de pérdida sanguínea, la rapidez de la separación de la placenta y la efectividad de la contracción uterina (1). La hemorragia post parto es la causa de la mayoría de muertes maternas 66,3%, para el año 2021 donde el 12,1 fue muerte materna institucional y el 54,2 % fue muerte materna extra institucional, (2) dentro de ellas la retención placentaria 41%.La retención de restos placentarios puede deberse a la falta de contracciones uterinas con trastornos en la dinámica, alteraciones en la anatomía uterina, anomalías en la adherencia de la placenta y las encarcelaciones placentarias (1)

La retención placentaria es una complicación del periodo de alumbramiento que compromete al 0,5% a 3% de las pacientes, y es una causa importante de mortalidad materna por hemorragia posparto y sepsis puerperal. Después de la atonía uterina, la retención placentaria es la segunda indicación principal de transfusión de sangre en la tercera etapa del parto. A nivel internacional se ha implementado la estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente 2016-2030, en donde se propone la equidad en la atención en salud para poner fin a la mortalidad prevenible y brindar bienestar a dicha población, procurando que las mujeres puedan gozar con bienestar el embarazo y el parto. Por otra parte, en Colombia se han realizado estudios con el fin de mediar la mortalidad materna realizando intervenciones apropiadas y oportunas durante el alumbramiento que han sido establecidas en las guías de código rojo. (3)

Con respecto al alumbramiento se distinguen 2 tipos de alumbramiento: el alumbramiento normal, donde el desprendimiento y la migración responden a la retracción y las contracciones uterinas espontáneas. Se denomina espontáneo cuando la expulsión de la placenta se produce por simple efecto de la gravedad, de las contracciones musculares reflejas del perineo y los esfuerzos maternos; y el alumbramiento dirigido, donde la retracción y las contracciones uterinas se refuerzan artificialmente por medio de medicamentos uterotónicos administrados inmediatamente después del nacimiento (3)

1.1 Antecedentes de la Investigación

1.1.1 Antecedentes a nivel Internacional

Martínez A, Santistevan K (2020 - Ecuador) (3) en su estudio “Factores de riesgo que desencadenan hemorragia posparto durante el puerperio inmediato en las pacientes atendidas en el Hospital Universitario de Guayaquil”. Cuyo objetivo fue establecer los factores de riesgo que desencadenan hemorragia post parto durante el puerperio inmediato, una investigación descriptiva, prospectiva, observacional, transversal utilizando una ficha de recolección de datos

como instrumento. Contando con 150 puérperas como muestra de estudio que cumplieron con criterios de inclusión y exclusión donde se obtuvo como resultado que la retención placentaria fue una de las principales complicaciones para presentar hemorragia post parto con un 17% de frecuencia, de la misma manera el 67% de pacientes presento como antecedente principal la multiparidad, concluyendo que la multiparidad es un factor obstétrico asociado a retención de restos placentarios y como consecuencia hemorragia post parto.

Revello M, Yunapanta E (2019 - Ecuador) (4) en su estudio “Factores de riesgo Obstétricos asociados a hemorragia post parto inmediato en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Novoa Montenegro Guaranda - Bolívar, Enero - Junio 2019”.cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo que se asocian a hemorragia en puérperas , el método utilizado fue de tipo descriptivo, retrospectivo, no experimental, contando con 625 pacientes aplicando criterios de inclusión y exclusión obteniendo 53 pacientes para el estudio, donde se empleó como instrumento una ficha de recolección de datos, donde se obtuvo como resultado que la retención placentaria fue una de las principales causas de hemorragia post parto en un 36%, en donde el 58% del total de pacientes presentaron como antecedente principal la multiparidad. Concluyendo que la multiparidad es un factor obstétrico que predispone la retención de placenta.

Cruz V, Luna J (2022 – Ecuador) (5) “Factores de riesgo de hemorragia post parto”. Cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo y la etiología más frecuente de las pacientes con hemorragia post parto en el Hospital Matilde Hidalgo de Procel fue una investigación retrospectiva, transversal no experimental utilizando una ficha de recolección de datos como instrumento contando con 40 pacientes como muestra de estudio, en sus resultados se obtuvo que la causa más frecuente de hemorragia post parto es la retención de restos placentarios representando el 37% de los casos, el principal factor obstétrico presente en las pacientes fue la multiparidad 87,5%. Concluyendo que la multiparidad es un factor de riesgo para retención de restos placentarias por consecuencia hemorragia post parto

1.1.2 Antecedentes a nivel nacional

Mowerg L (2021- Iquitos) (6) “Factores de riesgo relacionado con hemorragia postparto en el Hospital Iquitos César Garayar García de enero - abril 2021”, cuyo objetivo fue Determinar los factores de riesgo relacionado a la hemorragia postparto, fue un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. La población estuvo conformada 21 puérperas inmediatas de parto vaginal con diagnosticadas con hemorragia post parto, contando como instrumento con una ficha de recolección de datos. Se registraron 21 casos de puérperas con hemorragia post parto. El 80,9% eran multíparas, dentro de las causas de hemorragia post parto el alumbramiento incompleto

represento el 14,3%. Concluyendo que la multiparidad guarda relación con el alumbramiento incompleto y como consecuencia se produzca hemorragia post parto

Villazana K (2022 - Huancayo) (7) “Características de puérperas con retención de restos placentarios atendidas en el centro de salud de Chilca 2019”. Cuyo objetivo fue evaluar las características predominantes de la retención de restos placentarios en puérperas del Centro de Salud de Chilca, tipo de investigación fue descriptivo, nivel básico, retrospectivo de corte transversal, contando con una población de 1250 pacientes, cuya muestra estuvo conformada por 150 pacientes con diagnóstico de retención de restos placentarios seleccionadas bajo criterios de inclusión y exclusión, el instrumento utilizado fue una ficha de recolección de datos. Los resultados muestran que el 44% de pacientes presento como antecedente la multiparidad y antecedente de aborto y como consecuencia legrado uterino el 62,67%. Concluyendo que el antecedente de multiparidad y legrado uterino son características predominantes en pacientes con retención de restos placentarios

Blas L, Hernandez K.(2019 - Huaraz) (8) “factores de riesgo para la retención de restos placentarios, Hospital Víctor Ramos Guardia - 2019”, en su objetivo se determinó si los factores sociodemográficos y factores obstétricos son factores de riesgo para retención de restos placentarios”, en cual se tuvo en cuenta la siguiente metodología de análisis de retrospectiva, correlacional de casos y controles, se contó con la participación de una muestra de 186 puérperas , de las cuales 93 tuvieron retención de restos placentarios y 93 no lo tuvieron, , para ello se empleó una ficha de recolección de datos para la extracción de la información. En sus resultados se pudo encontrar que la cesárea como antecedente para retención de restos placentarios obtiene el resultado de OR = 5,06 ($p < 0,05$), en tanto a la primiparidad de la misma manera obtiene un valor significativo de OR = 1.95 ($p < 0,05$). Concluyendo de esta manera que la cesárea y la primiparidad como factores obstétricos influyen significativamente en la retención de restos placentarios

Gálvez M (2019 - Huancavelica) (9) Factores Gineco obstétricos asociados a la retención de restos placentarios en puérperas del hospital de Pampas –Tayacaja. En su objetivo determino los factores Gineco obstétricos asociados a la retención de restos placentarios en puérperas. Se llevó a cabo el estudio analítico, observacional retrospectivo de nivel explicativo con un diseño de casos y controles, contando con 80 pacientes como muestra para el estudio, con ayuda de una ficha de recolección de datos”. Se obtuvieron los siguientes resultados. Cesárea anterior como antecedente obtuvo un resultado menor a 3.84 ($p\text{-valor} > 0,05$); por lo cual no obtiene relevancia estadística, mientras que en el legrado uterino como antecedente resulto OR = 4,39 (IC95%: 2.198 – 8,769)

concluyendo de esta manera que la cesárea anterior no está asociado a la retención de restos placentarios, mientras que el legrado uterino si es un factor que influye en la retención de placenta.

1.1.3 Antecedentes Locales

Rojas C, De la cruz M (2019 - Ica) (10)“Relación entre alumbramiento incompleto y factores obstétricos en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2019”. En su objetivo determinó la relación existente entre el alumbramiento incompleto y los factores obstétricos presentes en gestantes. Siendo la investigación descriptiva no experimental, cuyo instrumento fue una ficha de recolección de datos para el registro de la información necesaria para el desarrollo de su investigación, Contando con una muestra de 51 púerperas con diagnóstico de alumbramiento incompleto. La investigación presentó que el 60,8% de púerperas retuvo membranas ovulares y el 39,2% retención placentaria. Los factores obstétricos hallados fueron: múltiparas 76,5%, legrado uterino 51%, cesareada anterior 41,2%. Obteniendo como resultado que los factores obstétricos implican significativamente en presentar alumbramiento incompleto.

1.2 Bases Teóricas

El parto es un proceso fisiológico donde interviene un profesional capacitado en caso de producirse alguna complicación, para corregirse y asegurar la atención oportuna, para brindar así confianza, seguridad, empatía, respetando la dignidad de las gestantes (11)

Teniendo como concepto base que el parto es un proceso fisiológico y dinámico que termina con la expulsión de un feto vivo o muerto, con 22 o más semanas y sus anexos. En el trabajo de parto las contracciones uterinas son frecuentes e intensas, la duración y la intensidad aumentan a medida que dilata el cuello uterino. Teniendo como característica principal de la actividad uterina el triple gradiente descendiente; factor indispensable para que el parto progrese adecuadamente (12)

Periodos del trabajo de parto:

Periodo de dilatación:

Es el primer periodo, es el instante en que se dan cambios a nivel de cuello uterino, inician las contracciones uterinas efectivas y culmina con la dilatación del cuello uterino de 10 cm. Esta etapa se va a dividir en 2:

Fase Latente: se inicia con contracciones uterinas regulares hasta alcanzar 4 cm de dilatación en el cuello uterino. No existe un tiempo determinado exactamente de duración de esta fase, en muchos casos va desde las 6 horas, en primigestas, y en multigestas hasta 4 horas en promedio. Si el tiempo se extiende entre 14 y 20 horas, se le conoce como fase latente prolongada (13)

Fase activa: es la que se inicia luego de la fase latente, en la práctica clínica se da cuando la dilatación es mayor a los 4cm hasta el momento de la expulsión de feto viable cuando se ha alcanzado una dilatación de 10cm. Es necesario conocer que hay dos fases dentro de la fase activa,

la fase de aceleración (3 - 8cm) y una fase de desaceleración (8 - 10cm). Se estima que dura un aproximado de 5 horas en primigestas. El ritmo de dilatación se presenta en 1,2 cm/h en primíparas y de 1,5 cm/h en múltiparas (14)

Periodo expulsivo:

Inicia en el instante en el que el cuello uterino alcanza 10 cm de dilatación y termina en el instante del nacimiento del bebé. Dura alrededor de 50 minutos en primigestas y solo 20 minutos en la múltipara. En este periodo, el descenso se acelera por el incesante deseo de pujo en la paciente. Es allí en donde el profesional indica a la gestante que empiece a pujar con el abdomen bajo y en el momento que inicia la contracción, y cuando la contracción haya culminado cese el pujo para evitar el pronto cansancio de la paciente. Este proceso ayudara a la coronación de la cabeza fetal y se desencadene la expulsión del feto (15)

Para el nacimiento del nuevo ser será necesario realizar la Asepsia de la vulva, periné y la cara interna de los muslos maternos. Previamente el profesional de obstetricia llevara a cabo el lavado de manos correspondiente, colocación de guantes, bata y colocación de campos estériles necesarios para la atención. El primer campo estéril se colocará bajo la cadera, el segundo en las partes anteriores de la pierna, y el último en el abdomen materno. La obstetra evaluara la necesidad de realizar o no la episiotomía a la paciente de acuerdo a las características del suelo pélvico de cada paciente, por lo que no debe ser sistemático. Se llevará a cabo si se llega a visualizar de 3 a 4cm de la cabeza fetal y en contracción, se colocará anestésico local, para llevar a cabo el procedimiento (16)

En este periodo se identifican 3 fases:

- a) Nacimiento de la cabeza: se consideran algunas maniobras necesarias para proteger al binomio. Siendo la más utilizada la de Ritgen modificada. Que consiste en tomar una gasa, y realizar presión hacia delante en la zona del mentón fetal en la parte del periné, y se coloca la otra mano en el occipucio para controlar la velocidad del nacimiento de la cabeza (14)
- b) Nacimiento de los hombros: Se toma con ambas manos la cabeza, para realizar rotación externa, realizando tracción en dirección al periné en el hombro anterior, y luego una tracción en dirección de la sínfisis púbica para abrir paso al hombro posterior.
- c) Nacimiento del cuerpo y piernas: generalmente se da de manera espontánea, de no ocurrir el profesional obstetra ayuda realizando una pequeña tracción para ayudar en el proceso de expulsión del feto. El bebé se coloca sobre el vientre materno para realizar el contacto piel a piel (16)

Periodo de alumbramiento:

El tercer periodo del parto comienza con la expulsión del feto y culmina con la expulsión de la placenta. Este periodo del parto tiene como fin hacer que desprenda, descienda y finalmente se expulse la placenta, así como sus membranas ovulares. A partir de este momento es de suma

importancia monitorizar el tono uterino y la cantidad de sangrado presentes en la paciente, contando con la participación del o la obstetra para disminuir una de las mayores causas de muerte materna que es la hemorragia post parto. (17)

Alumbramiento Espontaneo

Consiste en mantener conducta expectante, mantener la calma, y solo esperar el momento indicado. Indicar a la gestante mantener la calma y el tipo de respiración a emplear (18)

Alumbramiento Dirigido

La conducta activa puede incluir las siguientes acciones: administrar uterotónicos, tracción controlada del cordón umbilical, y aplicar masajes en el útero luego de expulsarse la placenta, según la ICM y la FIGO son 4: administrar uterotónicos, palpar abdomen para verificar la existencia de otro feto, aplicar 10 unidades de oxitocina intramuscular. Tomar el tiempo para verificar el efecto luego de 2-3 minutos de aplicado el medicamento. (19)

La aplicación de misoprostol solo se aplica en segunda instancia de acuerdo con la evaluación médica. Se realizará Tracción controlada del cordón umbilical; se pinza el cordón umbilical cerca al periné se coge el cordón con la mano más diestra. La otra mano se colocará en el para estabilizar el útero realizando presión. Con una tensión leve en el cordón umbilical y a que se presente una contracción uterina fuerte, generar tracción controlada para así ayudar a la salida de la placenta, a la salida de esta, se deberá realizar masaje uterino para ayudarlo a contraerse (19)

MODALIDADES DE DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO:

Modalidad de SCHULTZE

El desprendimiento inicia en el área central de implantación, avanzando hacia los extremos. El coágulo se localiza en el centro de la placenta, y su acumulación se produce en la zona de implantación expulsándola como un “paraguas abierto”, en este tipo de desprendimiento se asoma la cara fetal no muestra sangrado alguno hacia el exterior, ya que esta se queda contenida dentro de la misma. Este tipo de desprendimiento es la que se presenta en la mayoría de los casos, representando una menor pérdida sanguínea (20)

Modalidad de Duncan

El desprendimiento inicia desde el borde y va en dirección del centro placentario. El 20 % de los casos la inserción placentaria se da en la porción lateral del cuerpo del útero. Al desprenderse inicia en el borde inferior y la pérdida sanguínea desde el inicio se torna rojo, sin coágulos, la cara materna es la que se ofrece en este tipo de desprendimiento (20)

SIGNOS DE DESPRENDIMIENTO:

1. Signo de Schröder (sube el fondo uterino). Al ser expulsado el feto, el fondo uterino se coloca más o menos a la altura la cicatriz umbilical; al momento de desprender el fondo asciende unos

centímetros, lateralizándose (lado derecho). Al salir la placenta el útero empieza a contraerse y se puede palpar bajo la cicatriz umbilical para formar el “globo de seguridad”

2. Signo de Ahlfeld. Con una pinza de Kocher, se pinza el cordón umbilical; al descenso de la placenta, se observa el descenso del cordón junto con la pinza. Se puede interpretar como el desprendimiento de la placenta si se observa una distancia de 10 cm o más entre la zona vulvar y la pinza

3. Signo de Kustner: En el instante en que ejercemos presión con la mano en el útero, tratando de elevarlo sobre la cavidad, observamos que el cordón no regresara imitando el movimiento del útero (21)

Placenta:

La placentación inicia con la posición del blastocisto. A dicho procedimiento se le conoce como embrioblasto. Quien se rodea de sincitiotrofoblasto, que a su vez es rodeada de citotrofoblasto para introducirse en el estroma uterino para rodearse a las arterias espirales y modulares. La erosión de las arterias espirales por el citotrofoblasto se le conocerá como invasión endovascular. En el día número 12 de implantación, las lagunas se unirán en un mismo punto para formar la red lagunar.

Una concha del citotrofoblasto va a rodear al saco coriónico de manera sistemática. Las vellosidades tallo se sujetan al tejido materno por medio de la concha. Las vellosidades en rama se originan a partir de las vellosidades tallo. A medida que se van desarrollando las vellosidades secundarias y terciarias se van diferenciando. Las vellosidades terminales son aquellas que traspasan la placenta, nutriéndose de sangre de la madre en la zona intervillosa. Aumenta el tamaño placentario donde se ocurrirá el paso de nutrientes y oxígeno (22)

CARACTERISTICAS MORFOLOGICAS DE LA PLACENTA:

Forma -----discoidea.

Diámetro -----15 a 25 cm.

Espesor -----3cm.

Peso ----- 500 a 600g.

La placenta se compone de 2 caras:

Cara materna y cara fetal. La cara materna será a la que llamaremos placa basal, estando rodeada de endometrio. Los lóbulos placentarios, se evidenciarán por los surcos interlobulares. En la revisión de una placenta podemos encontrar generalmente de 15 a 20 cotiledones. La cara fetal, está rodeada por una membrana de corion, que posteriormente llevará el nombre de membrana amniótica, hallaremos alrededor de 40 vellosidades primarias y 4 a 8 vellosidades secundarias (22)

Posterior al alumbramiento se realiza una revisión placentaria evaluando sus características:

Cara fetal:

Superficie lisa

Característico brillo, debido a estar rodeada de una membrana amniótica

Fijación central o peri céntrica del cordón umbilical

Vasos hemocoriales que nacen de los vasos del cordón umbilical

Cara materna

Superficie rugosa (debido a vellosidades coriales)

Se puede observar rasgos sanguíneos (23)

FUNCIONES DE LA PLACENTA NORMAL

Función de intercambio. Porque lleva a cabo un cambio fisiológico entre madre y feto, primordialmente el intercambio gaseoso, realizando además la función de absorber nutrientes y la eliminación de desechos provenientes del feto. El intercambio se realiza mediante difusión simple, difusión facilitada y transporte activo

Función endocrina. Función de transportar sustancias tales como las hormonas mediante la vía sanguínea. Las cuales tienen un papel importante, tanto en la madre como en el producto de la concepción. Se clasifican en: peptídicas y esteroidales

Función inmune. El embrión brinda muchas proteínas al sistema inmunológico materno, sintetizados mediante los genes provenientes del padre, así mismo se da una producción en la placenta de factores inmunosupresores e inmunomoduladores en estadios tempranos (24)

CIRCULACIÓN PLACENTARIA

Existen 2 tipos. Circulación fetal y circulación materna, se relacionan ampliamente entre sí, pero no se mezclan.

La circulación placentaria fetal: los vasos umbilicales provenientes del producto de la concepción llegan a la placenta, para subdividirse y dar lugar a los vasos coriónicos, los cuales penetran las vellosidades en tallo para alcanzar a las vellosidades coriónicas. La sangre baja en oxígeno, nutrientes, y cargada de productos de desecho fetales se inserta en la placenta a través de las arterias umbilicales, luego de ello la sangre oxigenada y rica en nutrientes llegará al feto a través de la vena umbilical

La circulación placentaria materna abarca alrededor de 80 a 100 arterias endometriales espirales, que son alimentadas por arterias útero placentarias de la madre. La sangre de la madre se impulsa mediante la presión en la sangre de la madre. La presión de perfusión en las arterias espirales es mayor que la presión de las lacunas, quien traslada la sangre a la zona intervéllosa, bañando estas vellosidades en rama con sangre de la madre

Con el desarrollo placentario la membrana placentaria se dispone más fina, originando la desaparición de la membrana de citotrofoblasto, sincitiotrofoblasto y endotelio capilar del feto, cediendo lugar a la membrana placentaria vasculosincitial. A medida que adelgaza la membrana

placentaria el paso de nutrientes y de gases se vuelve más fácil, facilitando así los nutrientes necesarios para el desarrollo fetal correcto. (25)

El desarrollo placentario incrementa de acuerdo la edad gestacional, inicialmente con un aumento de masa y, posteriormente en su superficie de intercambio

La mayoría de los nutrientes transportados al feto provenientes de la madre se realiza a través del sincitiotrofoblasto. Estos pasarán a través de la membrana baso lateral, que es contiguo al endotelio del capilar del producto de la concepción.

La superficie placentaria toma gran importancia en el intercambio de nutrientes, realiza cambios en su zona superficial para el transporte y al multiplicarse como peso placentario está relacionado con el peso del producto de la concepción, incrementa conforme avanza el embarazo.

Dichos cambios se interrelacionan para ser llevados a la superficie, el área, la vascularización, el tamaño de la barrera y la composición celular, todo esto interviene en las particularidades del transporte hasta la placenta (26)

En diversas especies, el cambio o paso de sustancias nutritivas incrementa entre 5 a 15 veces a partir de la mitad y hasta que termine el embarazo.

Se ha logrado reconocer numerosos genes que dominan el desarrollo de la placenta. Dichos genes «sellados» conocidos como los Igf2, tienen un rol en el desarrollo placentario y fetal. La parte evolutiva del imprinting es la conflagración entre la información genética de madre y padre para facilitar los recursos al producto en evolución (26)

ALUMBRAMIENTO PATOLÓGICO:

Es la alteración que se produce a la salida de la placenta, originando riesgos que elevan la posibilidad de sufrir complicaciones y en consecuencia poner en riesgo la vida materna originando emergencias en los que es necesario el personal capacitado para tomar las acciones necesarias y salvaguardar la vida de la madre. Entre los riesgos podemos encontrar la retención placentaria y sus anexos, hemorragia y la inversión uterina. (26)

RETENCION DE PLACENTA:

La retención de placenta se define como aquella que no es expulsada de la cavidad uterina pasado los 30 minutos de la expulsión del producto de la concepción, mientras que en el alumbramiento activo es considerada como aquella que permanece adherida por más de 15 minutos posteriores al parto; Mientras que la retención de restos placentarios y/o de membranas se define con la ausencia de uno o más cotiledones o parte de las membranas ovulares. (1)

En la mayoría de casos lo que se presenta es la retención de cotiledones. Causados generalmente por el manejo del alumbramiento, es decir, jalar del cordón umbilical antes del desprendimiento placentario (27). Puede presentarse de igual manera al realizarse alumbramiento manual y no se extrae completamente la placenta y encontrarse con cotiledones aberrantes, evitando la correcta

contracción uterina, nos encontramos con retención parcial o total de membranas, con uno, dos o más cotiledones retenidos y puede deberse a diversos motivos (16)

Entre los que podemos encontrar:

Patologías placentarias

Cotiledón aberrante

Membranas friables

Grado de adherencia acentuada

Implantación en el segmento inferior

Maniobras realizadas en el alumbramiento:

Jalar el cordón umbilical de manera intempestiva antes del desprendimiento placentario

Desprendimiento manual incompleto, etc.

Se ha observado casos en los que no se ha presentado sangrado aun cuando se conoce la no expulsión de restos de la placenta. (28)

INCIDENCIA:

La hemorragia uterina es la causa más frecuente de muerte materna con un 66,3% para el año 2021 siendo el 12,1 % muertes maternas institucionales y el 54,2% muertes maternas extra institucionales. Teniendo la retención de placenta la que más casos ofrece con un 41 % (2)

ETIOLOGIA:

Esta patología puede tener diversas causas:

Contracciones uterinas anormales. Que carezcan de frecuencia e intensidad, que puedan producir el correcto desprendimiento placentario.

Miomas o malformaciones uterinas,

Inserción placentaria en áreas inusuales

Se presenta con mayor recurrencia en partos pre términos

Un anillo de constricción uterina en la fusión de los segmentos uterinos inferior o superior

Cesárea anterior.

Endometritis previa, tumores submucosos, cicatrices uterinas, implantación baja y malformaciones placentarias, como placenta extra coriónica. (29)

PATOGENIA:

Se establece la retención de restos placentarios luego de 30 minutos de la expulsión fetal sin visualizar que haya desprendido completamente la placenta a su salida (30)

TIPOS DE RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS

a) Retención de cotiledones

Retención de un trozo placentario que queda alojado en la cavidad uterina. Por lo general su expulsión se produce por si solos posteriormente junto con la expulsión de loquios, durante la involución uterina, se reducen las dimensiones de la misma causando separación del trozo retenido, así la expulsión se puede dar de manera total o parcializada. Las sinusoides subyacentes y las venas se abren debido a esto puede aparecer un sangrado intrauterino, en ocasiones puede ser benéfico para la expulsión de dicho trozo, por otro lado, pueden causar hemorragias gravísimas en la etapa del puerperio que ponen en riesgo la vida si no se toman las acciones adecuadas (31)

b) Retención de membranas retenimiento en su totalidad o parcialmente de amnios o corion e inclusive ambos juntos. Se presenta con gran frecuencia aún en partos espontáneos. (5)

COMPLICACIONES DE LA RETENCIÓN DE PLACENTA

A continuación, mencionamos las más frecuentes: Shock hipovolémico, endometritis post parto e inversión uterina.

Shock hipovolémico: originado por pérdida sanguínea en gran cantidad, esto se debe a que la retención de placenta ocasiona una involución uterina que dificulta la contracción uterina por lo que se genera una anemia aguda por la pérdida sanguínea.

Endometritis postparto: Infección originada por bacterias ascendentes genitales externos que puede ser ocasionada por la retención de restos y por la extracción manual de placenta.

Inversión Uterina: puede originarse por la presión constante en fondo de útero (maniobra de credé) (32)

TRATAMIENTO Y MANEJO DE LA RETENCIÓN PLACENTARIA.

El manejo de la hemorragia post parto por retención de placenta va a depender de la capacidad resolutive y el nivel de complejidad de cada establecimiento. De presentarse la retención placentaria el manejo que se debe seguir debe ser:

1. Extracción manual de placenta bajo anestesia.
2. De no producirse la extracción completa de la placenta se pensará en la posibilidad de un acretismo placentario, se optará por un legrado uterino posterior si es un acretismo parcial y si el acretismo es completo se procederá a una histerectomía. (32)

Formulación del problema

Problema general

¿Cuál es la relación entre el alumbramiento incompleto y factores obstétricos en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022?

Problemas específicos

PE1: ¿Cuál es la relación entre el alumbramiento incompleto y la multiparidad en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022?

PE2: ¿Cuál es la relación entre el alumbramiento incompleto y antecedente de legrado uterino en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022?

PE3: ¿Cuál es la relación entre alumbramiento incompleto y antecedente de cesárea en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022?

Justificación e importancia de la investigación

Justificación

La presente investigación tiene como justificación, que la etapa del puerperio es considerada una etapa de mayor cuidado en nuestra púérpera, es por ello que las 2 primeras horas después del parto, debe tener un control de monitoreo estricto, ya que aquí se presentan con mayor regularidad los casos de hemorragias posparto causadas por múltiples etiologías, dando lugar a las patologías más comunes como es la “atonía uterina, retención placentaria y desgarros”, los cuales están relacionados a una alta tasa de mortalidad materna en nuestro país.

Esta retención placentaria puede estar asociada que no exista la producción de contracciones uterinas, los cuales generan cambios en la dinámica uterina, “anomalías en la placenta y las encarcelaciones placentarias”. (33)

Al hablar de este tema estamos relacionándolo directamente a las tasas elevadas de mortalidad maternas, ya que es un factor que está vinculado a la inclusión en sus estadísticas. Las complicaciones no solo pueden generarse en el puerperio sino también el embarazo y parto, es por ello que la gestante corre un riesgo desde que inicia el embarazo por eso su control es muy importante desde una etapa de gestación precoz para así prevenir futuras complicaciones, ya que son causa del 56% de muertes en las embarazadas, de las cuales las hemorragias están consideradas como un principal indicador de esta. (3)

Considerando las estadísticas. Según el ministerio de salud en el año 2023 a la semana epidemiológica 18, es decir al 06 de mayo. Hay un total de 91 muertes maternas. Presentando las regiones San Martín y Loreto 8 muertes maternas hasta la fecha mencionada.

Según el centro nacional de epidemiología, prevención y control de enfermedades. El 62.8 % de muertes maternas ocurrieron en el puerperio. El 66.3 % fue parto institucional de los cuales el 58.1 % fue en hospitales del Minsa y el 8.2 % en hospitales de Essalud; Mientras que el 33.7 % de muertes maternas fueron extra institucionales.

En la región de Ica, se han registrado hasta la semana epidemiológica 18, 3 muertes maternas. De estas cifras la hemorragia ocupa el primer lugar como causa de muerte materna, Siendo el alumbramiento incompleto uno de los principales factores ocurridos para desencadenarlo.

Si bien estas cifras demuestran una disminución del 20.2 % comparado con el mismo periodo en el año 2022, siguen siendo cifras alarmantes. (34)

Gracias a esta investigación nos va a permitir conocer los factores que están relacionados al alumbramiento incompleto, lo cual podrá brindar posible estrategias de solución antes esta problemática, sobre todo a los profesionales obstetras, para así tengan una prevención, diagnóstico precoz e intervención temprana de esta patología, son la participación de un equipo multidisciplinario, que logran la implantación de nuevas guías del manejo de atención de las hemorragias dentro de las primeras 24 horas, tomando en cuenta la salud de la madre.

Importancia

La importancia surge, debido a que es un tema de gran relevancia para la salud materna, ya que es un problema que hasta el momento no podemos erradicar del todo.

En los objetivos de desarrollo sostenible (ODS3) se plantea unir esfuerzos para alcanzar así la disminución de la mortalidad materna para el año 2030, “Reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos” sin que ningún país sobrepase la razón de muerte materna en el doble del promedio mundial.

Teniendo en cuenta esto, habría que alcanzar una reducción anual de 11.6% para que a escala mundial esta razón sea inferior a 70 para el año 2030, ya que en el año 2020 la razón de muertes maternas fue de 223 por cada 100 000 nacidos vivos. (35)

De la misma manera podemos observar en las estadísticas del ministerio de salud que demuestras que para mayo del 2023 el Perú presenta 91 muertes maternas (34). Estas complicaciones se pueden prevenir no solo con ayuda del profesional de la salud, sino también, hacer un trabajo con la gestante, familia y comunidad, para que todos participen con su ayuda a la detección precoz de una posible complicación

Aquí se genera a gran importancia de la participación de diversas instituciones para la prevención de muertes maternas y evitar la posible aparición de más casos, lo importante es tener un manejo inmediato en caso se esté presentando dicha complicación, para ello el personal debe estar en constante capacitación a la población sobre estos temas, ya que el mayor número de muertes maternas ocurre en zonas rurales, donde la educación de prevención de la salud es deficiente, por lo que limita al personal de salud debido a la creencia y costumbres de la población de estas zonas. Por lo que la importancia surge para el estudio y aplicación de nuevas estrategias que permitan al profesional capacitado identificar los factores que conllevan a complicaciones como el alumbramiento incompleto y la consecuente muerte de una madre, por lo que llego el momento

de fortalecer el compromiso de los profesionales de salud a nivel nacional, regional, comunitario para poder disminuir y por fin ponerle fin a la mortalidad materna (36)

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la relación entre el alumbramiento incompleto y factores obstétricos en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022.

Objetivo específico

OE1. Determinar la relación entre el alumbramiento incompleto y la multiparidad en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022.

OE2. Determinar la relación entre el alumbramiento incompleto y antecedente de legrado uterino en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022.

OE3. Determinar la relación entre alumbramiento incompleto y antecedente de cesárea en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022.

HIPOTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACION

Hipótesis general

Existe relación significativa entre alumbramiento incompleto y factores obstétricos gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022.

Hipótesis específicas

HE1. Existe relación entre alumbramiento incompleto y la multiparidad en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022.

HE2. Existe relación entre alumbramiento incompleto y antecedente de legrado uterino en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022.

HE3. Existe relación entre alumbramiento incompleto y antecedente de cesárea en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022.

Variables de investigación

Variable X:

Alumbramiento incompleto

Dimensiones

Retención de placenta

Retención de Membranas

Indicadores

Retención de placenta

Si

No

Retención de Membranas

Si

No

Variable Y:

Factores obstétricos:

Dimensiones

Multiparidad

Antecedentes de legrado uterino

Antecedentes de cesárea

Indicadores

Multiparidad:

Múltipara: 2 a 5 partos

Gran múltipara: Mayor a 6 partos

Antecedente de Legrado Uterino:

Si

No

Antecedente de Cesárea:

Si

No

II. ESTRATEGIA METODOLOGICA

2.1 Tipo, nivel y diseño de investigación

2.1.1 Tipo de Investigación:

Observacional: Las mediciones reflejarán la evolución natural de los eventos. No habrá intervención alguna

Retrospectivo: Los datos se recolectarán antes del proyecto.

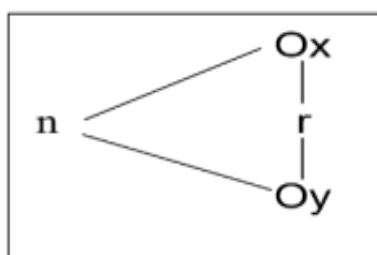
Transversal: La variable será medida un determinado momento y lugar.

2.1.2 Nivel de investigación:

Relacional: ya que establecerá si existe relación significativa entre las variables de estudio Alumbramiento incompleto y Factores obstétricos.

2.1.3 Diseño de Investigación

No Experimental.



Donde:

n = muestra

Ox = complicaciones obstétricas

Oy = alumbramiento incompleto

2.2 Área de estudio

Hospital San Juan de Dios de Pisco

2.3 Población y muestra

2.3.1 Población de estudio:

La población de estudio fue de 85 casos de alumbramiento incompleto sucedidos en el Hospital San Juan de Dios de Pisco en el año 2021 al 2022.

2.3.2 Muestra:

La muestra se trabajó con la totalidad de la población por conveniencia, por lo que el tipo de muestreo a utilizar será el muestreo no probabilístico por conveniencia.

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de la información

2.4.1 Técnica de recolección de datos

La técnica que se utilizó fue la recolección de datos de la historia clínica, mediante una ficha de recolección de datos con autorización del Hospital San Juan de Dios, la cual se solicitó en su departamento de Investigación y apoyo a la Docencia.

2.4.2 Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de la información en la investigación. Se realizó la elaboración de una “ficha de recolección de datos” estructurado cuidadosamente. Que contará con 4 criterios como factores obstétricos a evaluar. Como son: Multiparidad, Antecedente de legrado uterino, Antecedente de cesárea y antecedente de Alumbramiento incompleto.

Validez: Este instrumento fue evaluado por 3 profesionales expertos en la materia, que verificaron la correcta estructuración del instrumento que permita recolectar de la manera más adecuada la información. La cual se llevará a cabo por el coeficiente V – de Aiken con una puntuación de 1 para dar por validado el instrumento.

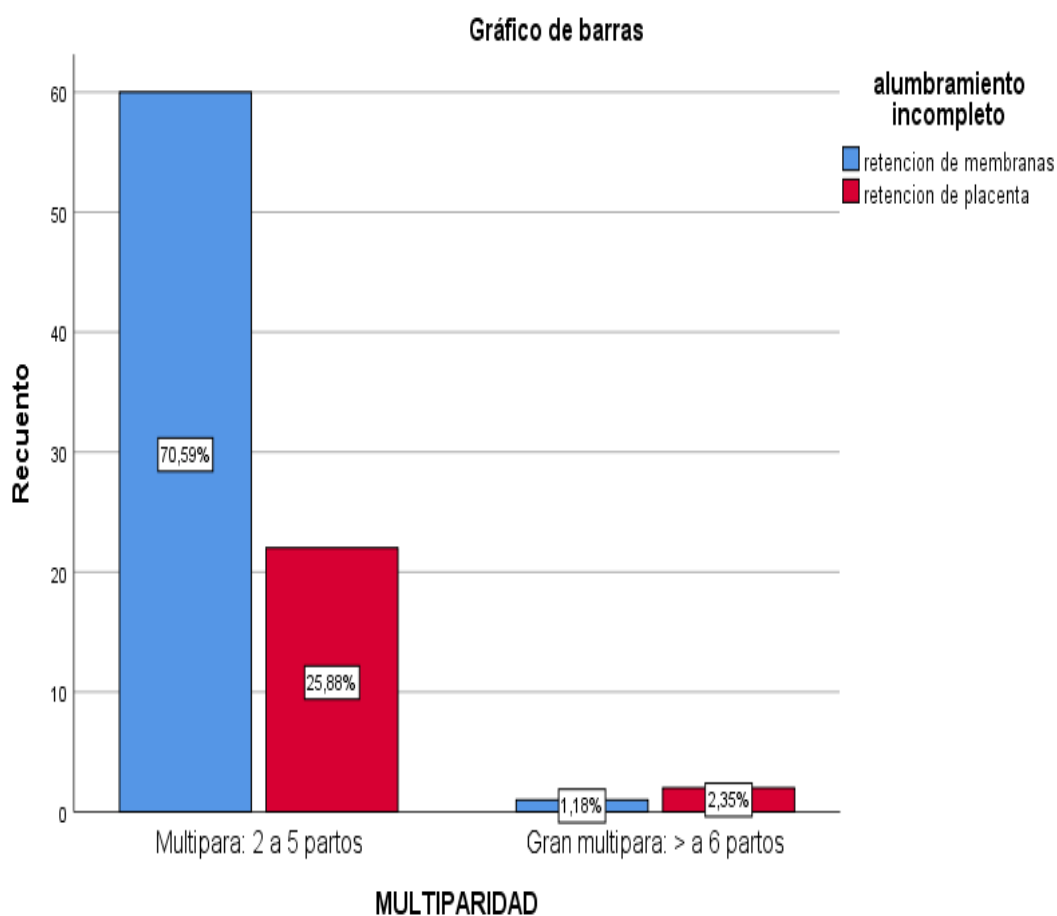
2.8 Análisis e interpretación de los resultados

En primer lugar, se procedió a obtener los permisos necesarios para acceder a la base de datos del Hospital San Juan de Dios de Pisco, y poder ingresar a realizar la revisión de historias clínicas para poder recabar la información necesaria.

Posterior a la recolección de datos, estos serán tabulados en el programa estadístico SPSS versión 24 y se elaborará una base de datos, para resumir mediante procedimientos estadísticos descriptivos y luego presentarlas en tablas y figuras cada variable; para relacionar las variables se utilizará la prueba de coeficiente de correlación Rho de Pearson a fin de conocer la correlación de las variables. Finalmente, se describieron, interpretaron y discutieron los resultados con los antecedentes de investigación

III. RESULTADOS

Ilustración 1 Relación entre alumbramiento incompleto y la multiparidad en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022.

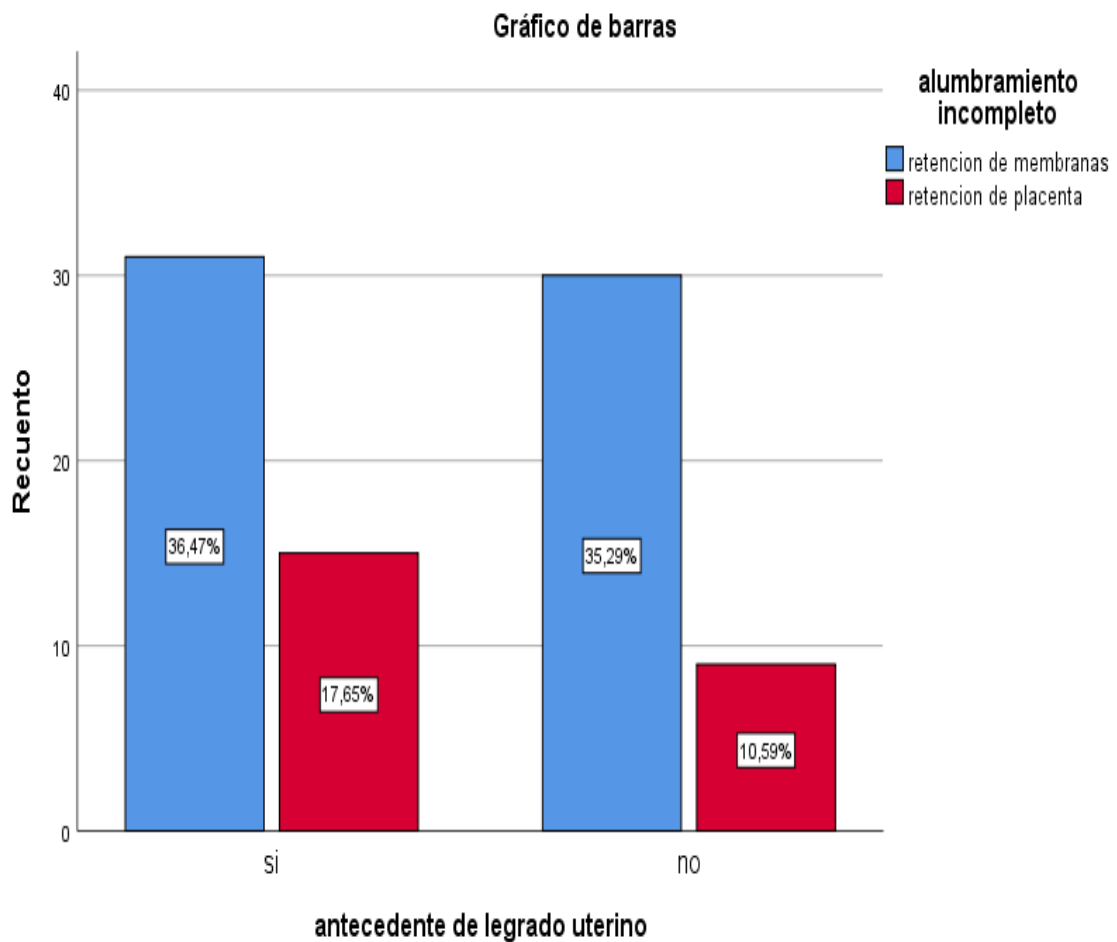


Fuente: Elaboración propia

Interpretación

En la Ilustración 1 se observa la relación entre el alumbramiento incompleto con unos de los factores obstétricos que es la multiparidad, donde observamos que del 96,5% de las gestantes que son multíparas de 2 a 5 hijos, el 70,6% han presentado retención de membranas y el 25,9% retención de placenta. Sin embargo, el 3,5% de las gestantes que son gran multíparas > a 6 partos, el 2,4% han tenido retención de placenta y el 1,2% retención de membranas.

Ilustración 2 Relación entre alumbramiento incompleto y antecedente de legrado uterino en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022.

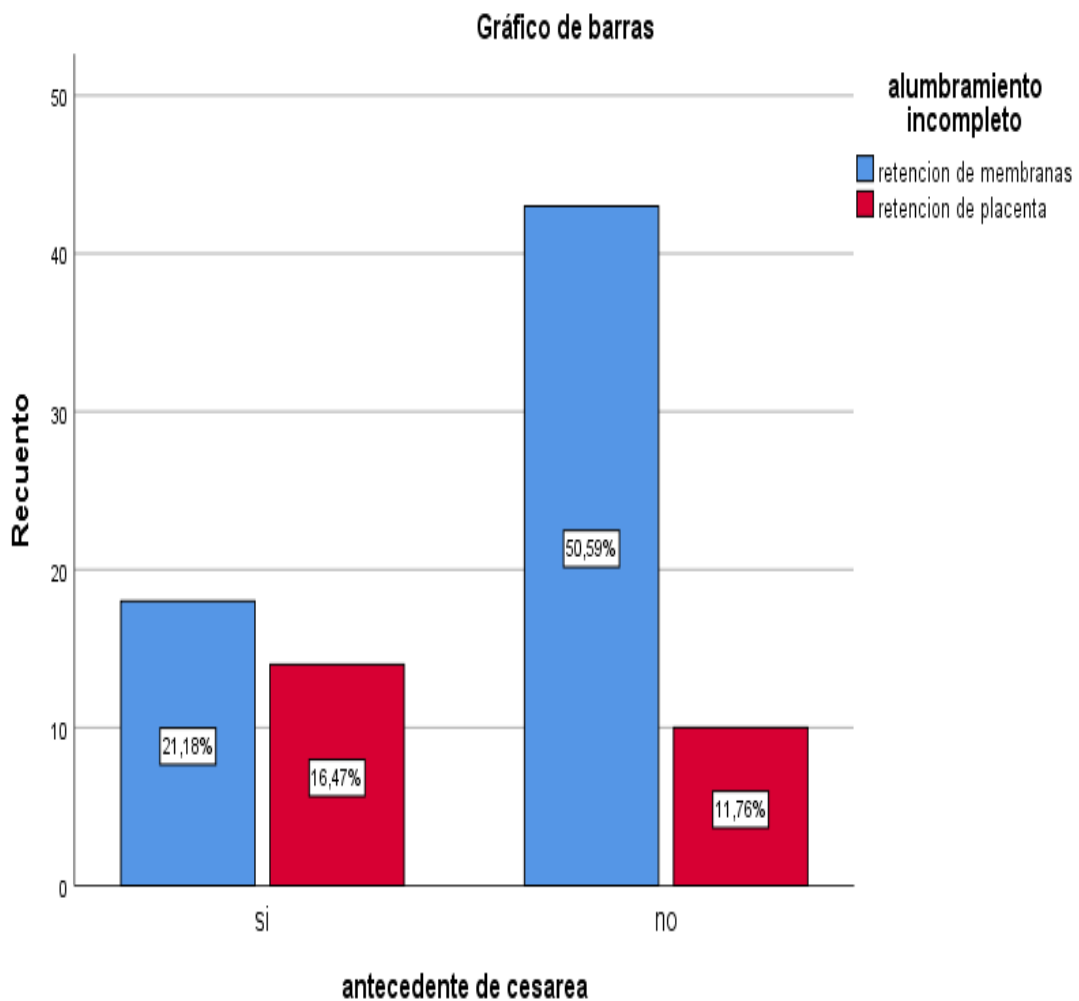


Fuente: Elaboración propia

Interpretación

En la Ilustración 2 se observa la relación entre el alumbramiento incompleto con unos de los factores obstétricos que es los antecedentes de legrado uterino, donde observamos que del 54,1% de las gestantes que, si han tenido legrado uterino, el 36,5% han presentado retención de membranas y el 17,6% retención de placenta. Sin embargo, el 45,9% de las gestantes que no han tenido legrado uterino, el 35,3% han presentado retención de membranas y el 10,6% retención de placenta.

Ilustración 3 Relación entre alumbramiento incompleto y antecedente de cesárea en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022.



Fuente: Elaboración propia

Interpretación

En la Ilustración 3 se observa la relación entre el alumbramiento incompleto con unos de los factores obstétricos que es los antecedentes de cesárea, donde observamos que del 62,4% de las gestantes que no han sido cesareadas anteriormente, el 50,6% han presentado retención de membranas y el 11,8% retención de placenta. Sin embargo, el 37,6% de las gestantes que, si tienen antecedentes de cesárea, el 21,2% han presentado retención de membranas y el 16,5% retención de placenta.

PRUEBA DE HIPOTESIS

HA: Existe relación significativa entre alumbramiento incompleto y factores obstétricos gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022

H0: No existe relación significativa entre alumbramiento incompleto y factores obstétricos gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022.

Selección de la prueba:

95% de confianza: $\alpha = 0,05$

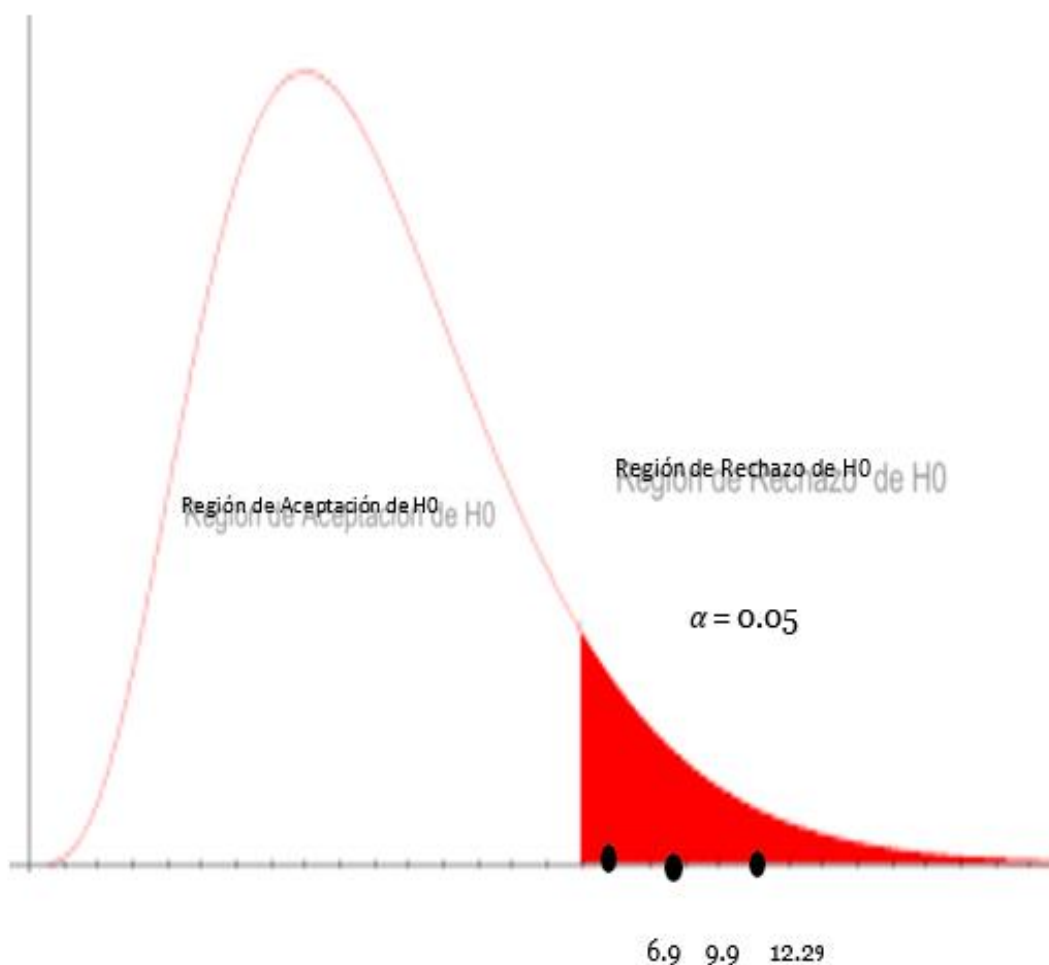
N = 85

Prueba chi cuadrado (X^2)

Enunciado: Si X^2 observado $>$ X^2 crítico, se rechaza la hipótesis nula.

a) Resultado:

Factor / alumbramiento	Chi cuadrado X^2	significancia
multiparidad/ alumbramiento	12,267	,002
antecedentes de legrado/ alumbramiento	9,946	,013
antecedentes de cesárea/ alumbramiento	6,096	,014



Interpretación:

Hay una relación significativa entre alumbramiento incompleto y factores obstétricos gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022, al encontrar significancia de $p < 0,05$ en los tres factores: multiparidad (p 0,002), antecedentes de legrado uterino (p 0,013) y antecedentes de cesárea (p , 014). Por lo que se acepta la hipótesis general alterna, y se rechaza la hipótesis nula.

Hipótesis específica 1

Ha: Existe relación entre alumbramiento incompleto y la multiparidad en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022.

H0: No existe relación entre alumbramiento incompleto y la multiparidad en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022.

a) Selección de la prueba:

95% de confianza: $\alpha = 0,05$

N = 85

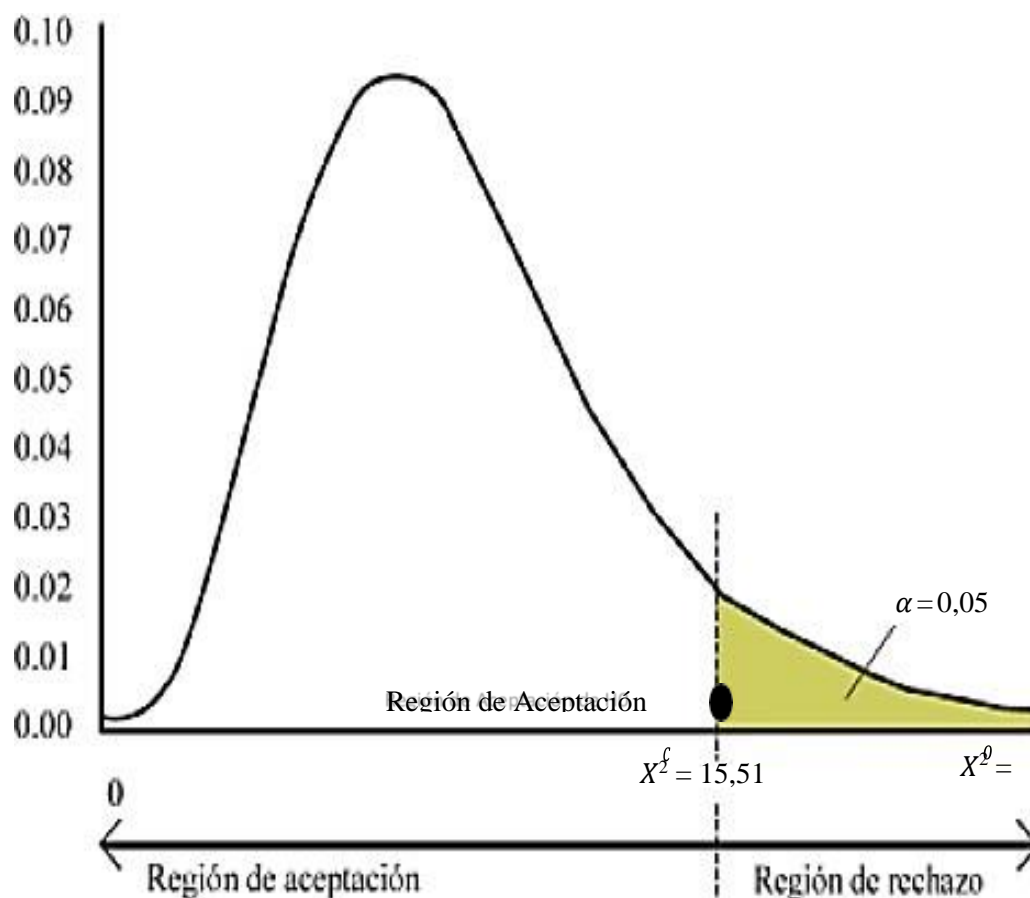
Prueba chi cuadrado (X^2)

Enunciado: Si X^2 observado $>$ X^2 crítico, se rechaza la hipótesis nula.

b) Resultado:

1) Factor obstétrico: multiparidad

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significació n asintótica (bilateral)	Significació n exacta (bilateral)	Significació n exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,267 ^a	1	,002		
Corrección de continuidad ^b	9,727	1	,004		
Razón de verosimilitud	11,984	1	,009		
Prueba exacta de Fisher				,001	,001
Asociación lineal por lineal	12,240	1	,004		
N de casos válidos	85				



91,39

Interpretación: La prueba de chi cuadrado dio como resultado un valor de $X^2 = 12,267$ y una significancia de $p = 0,002$ el cual es menor que $p = 0,05$. Por lo que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula afirmando que “La multiparidad tiene relación significativa en el alumbramiento incompleto en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022.

Hipótesis específica 2

Ha: Existe relación entre alumbramiento incompleto y antecedente de legrado uterino en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022.

H0: No existe relación entre alumbramiento incompleto y antecedente de legrado uterino en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022.

a) Selección de la prueba:

95% de confianza: $\alpha = 0,05$

N = 85

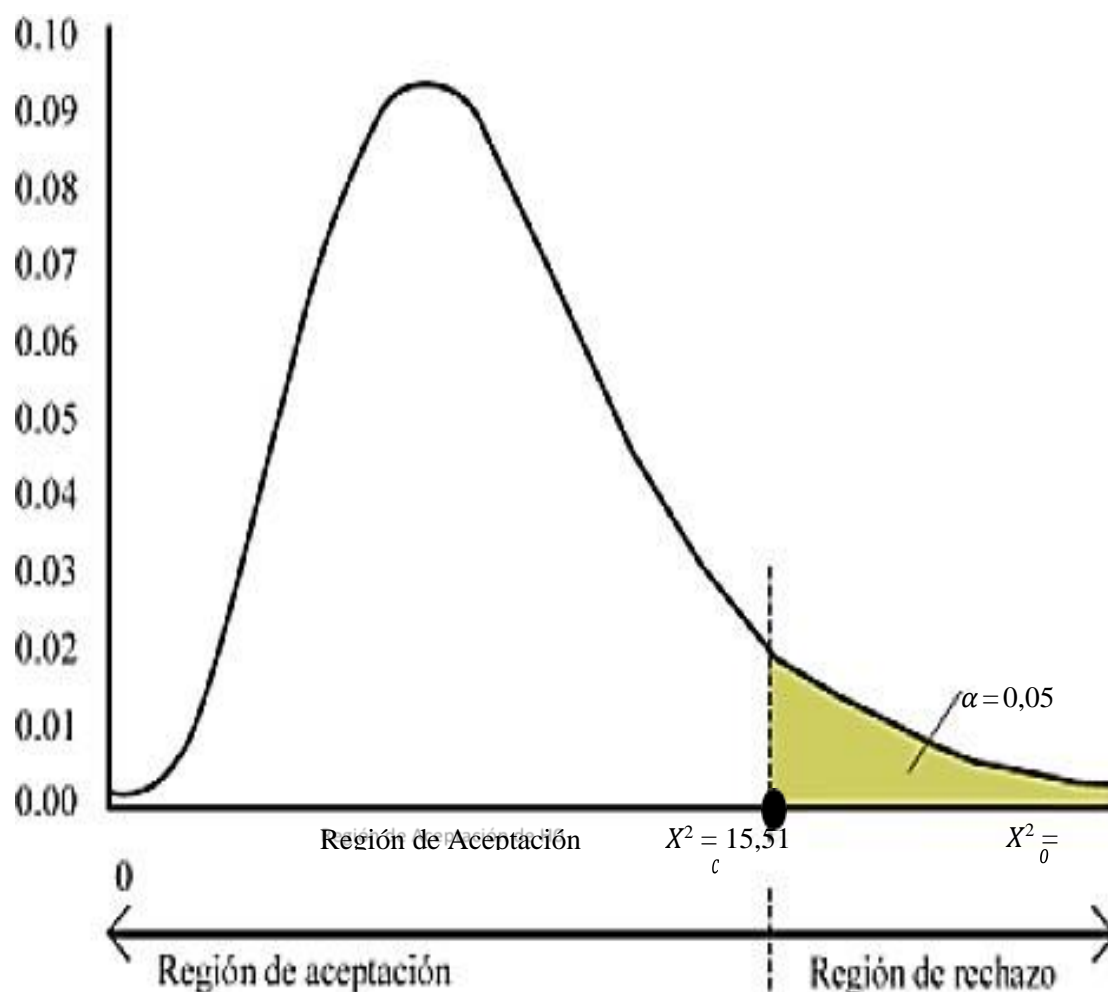
Prueba chi cuadrado (X^2)

Enunciado: Si X^2 observado $>$ X^2 crítico, se rechaza la hipótesis nula.

b) Resultado:

1) Factor obstétrico: antecedente de legrado uterino

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significació n asintótica (bilateral)	Significació n exacta (bilateral)	Significació n exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,946 ^a	1	,013		
Corrección de continuidad ^b	6,534	1	,005		
Razón de verosimilitud	7,955	1	,008		
Prueba exacta de Fisher				,019	,013
Asociación lineal por lineal	7,935	1	,004		
N de casos válidos	85				
a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 11,01.					
b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2					



Interpretación: La prueba de chi cuadrado dio como resultado un valor de $X^2 = 9,946$ y una significancia de $p = 0,013$ el cual es menor que $p = 0,05$. Por lo que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula afirmando que “Los antecedentes de legrado uterino tiene relación significativa en el alumbramiento incompleto en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022.

Hipótesis específica 3

Ha: Existe relación entre alumbramiento incompleto y antecedente de cesárea en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022.

H0: No existe relación entre alumbramiento incompleto y antecedente de cesárea en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022.

a) Selección de la prueba:

95% de confianza: $\alpha = 0,05$

$N = 85$

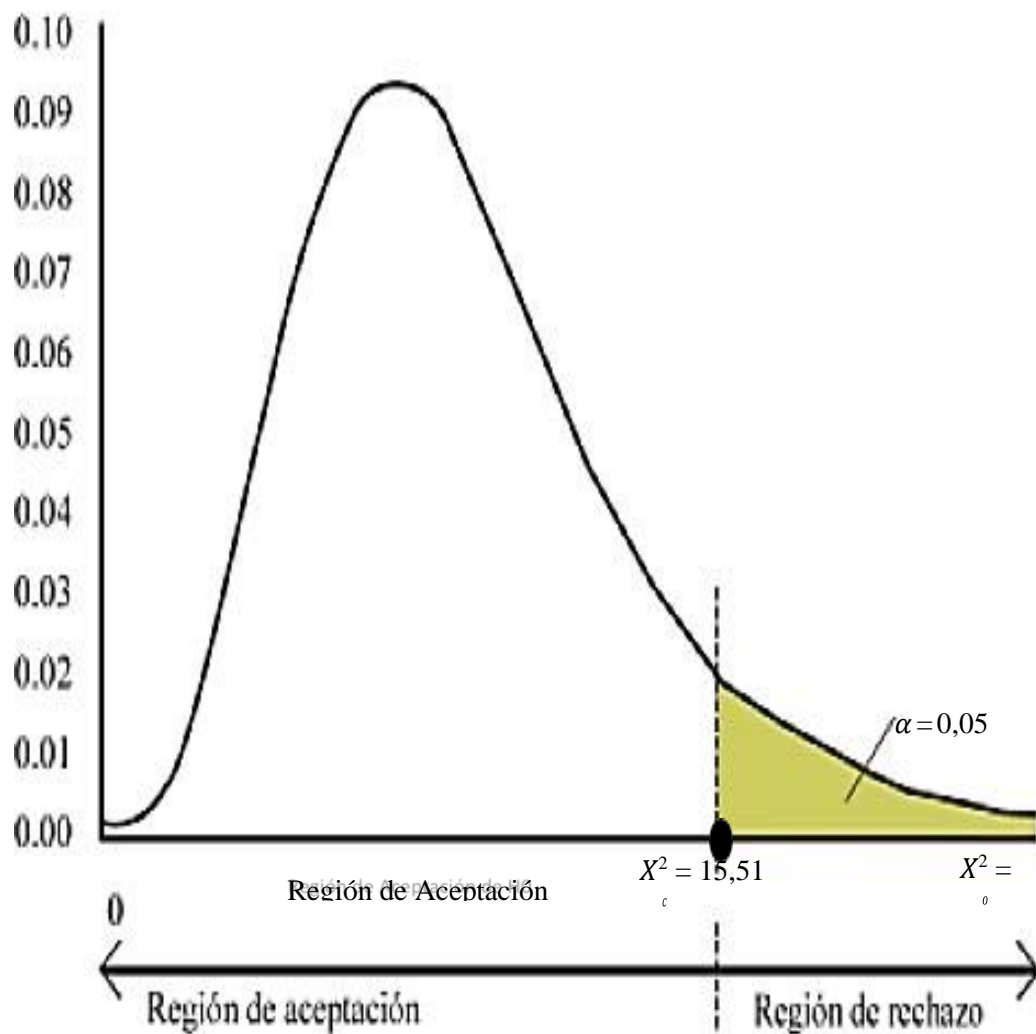
Prueba chi cuadrado (X^2)

Enunciado: Si X^2 observado $>$ X^2 crítico, se rechaza la hipótesis nula.

b) Resultado:

1) Factor obstétrico: antecedentes de cesárea

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significació n asintótica (bilateral)	Significació n exacta (bilateral)	Significació n exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,096 ^a	1	,014		
Corrección de continuidad ^b	4,930	1	,026		
Razón de verosimilitud	5,981	1	,014		
Prueba exacta de Fisher				,024	,014
Asociación lineal por lineal	6,025	1	,014		
N de casos válidos	85				
a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 9,04.					
b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2					



Interpretación: La prueba de chi cuadrado dio como resultado un valor de $X^2 = 6,096$ y una significancia de $p = 0,014$ el cual es menor que $p = 0,05$. Por lo que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula afirmando que “El antecedente de cesárea tiene relación significativa en el alumbramiento incompleto en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022”

IV. DISCUSION

Mediante la Investigación realizada se demostró que existe relación significativa entre alumbramiento incompleto y factores obstétricos en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022. En cuanto a la multiparidad obtenemos como resultado que si guarda relación con el alumbramiento incompleto (0,002) coincidiendo con la investigación de **Martínez A, Santistevan K (2020 – Ecuador)** (3) en su estudio “Factores de riesgo que desencadenan hemorragia posparto durante el puerperio inmediato en las pacientes atendidas en el Hospital Universitario de Guayaquil” en el cual el 67% de pacientes presento como antecedente principal la multiparidad, concluyendo que la multiparidad es un factor obstétrico asociado a retención de restos placentarios y como consecuencia hemorragia post parto.

, así mismo **Revello M, Yunapanta E (2019 - Ecuador)** (4) en su investigación “Factores de riesgo Obstétricos asociados a hemorragia post parto inmediato en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Novoa Montenegro Guaranda - Bolívar, Enero - Junio 2019” donde concluye que la multiparidad es un factor que predispone a presentar retención de placenta y una consecuente hemorragia, **Cruz V, Luna J (2022 – Ecuador)** (5) también pudo concluir en su investigación “Factores de riesgo de hemorragia post parto”, que la multiparidad es un predictor significativo para retención de placenta y en consecuencia causar hemorragia a las pacientes.

En cuanto a los antecedentes nacionales **Mowerg L (2021 - Iquitos)** (6) en su estudio “Factores de riesgo relacionado con hemorragia posparto en el Hospital Iquitos César Garayar García de enero - abril 2021” El resultado fue positivo para la multiparidad como factor de riesgo para retención placentaria. **Villazana K (2022 - Huancayo)** (7) en su estudio “Características de púérperas con retención de restos placentarios atendidas en el centro de salud de Chilca 2019”. Obtuvo como resultado que de 150 pacientes diagnosticadas con retención placentaria, el 44 % presento como antecedente la multiparidad.

En la presente investigación se obtiene como resultado la asociación entre antecedentes de cesárea (0,014) y retención de membranas de la misma manera que **Blas L, Hernández K (2019 - Perú)** (8) en su estudio “factores de riesgo para la retención de restos placentarios, hospital Víctor Ramos Guardia - 2019” quien detallo como la cesárea anterior obtiene un resultado significativo $OR = 5.06$ ($p < 0.05$) como factor obstétrico que influye en la retención de restos placentarios, obteniendo la primiparidad también un valor significativo.

En cuanto al antecedente de legrado uterino se obtuvo de la misma manera un resultado positivo como factor obstétrico para alumbramiento incompleto (0,013) coincidiendo así con el resultado del estudio de **Gálvez M, (2019 - Perú)** (9) quien hallo como resultado que el legrado uterino es un factor que influye en la retención de placenta, sin embargo, desestimo al antecedente de cesárea como factor obstétrico que influya en la retención de placenta, esto nos hace pensar y realizar un análisis que las cesáreas anteriores anteriormente han presentado intervenciones quirúrgicas a

nivel abdominal mediante el cual se extrae el feto de la cavidad uterina que puede causar complicaciones en el mecanismo de expulsión de la placenta

Rojas C, De la cruz M (2019 - Perú) (10) en su estudio “Relación entre alumbramiento incompleto y factores obstétricos en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2019” quien halló como resultado que los factores obstétricos: multiparidad 76.5%, legrado uterino 51%, cesareada anterior 41.2%. Concordando con el presente estudio en la relación significativa que guardan con la retención de membranas.

V. CONCLUSIONES

Existe relación significativa entre alumbramiento incompleto y factores obstétricos gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022, en cuanto a la multiparidad (0,002), antecedentes de legrado uterino (0,013), antecedentes de cesárea (0,014). Se pudo observar la gran relación que guardan estos factores obstétricos con el alumbramiento incompleto. Implicando una gran problemática de salud materna por la que se debe tomar las medidas correctivas necesarias para evitar complicaciones futuras.

Existe relación significativa entre alumbramiento incompleto y la multiparidad en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022, con un valor menor 0,05. Donde el 96,45 % de pacientes que presentó alumbramiento incompleto en el periodo de estudio tiene como antecedente la multiparidad, de las cuales el 70,59% presento retención de membranas y el 25,88% retención de placenta, mientras que el 3,53 % de pacientes fueron gran múltiparas, el 1,18% de ellas presento retención de membranas y el 2,35% retención de placenta. Siendo la multiparidad el factor obstétrico con mayor presencia en las gestantes que causo alumbramiento incompleto.

Existe relación significativa entre alumbramiento incompleto y antecedente de legrado uterino en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022, con un valor menor 0,05, ya que el 54,06% de las pacientes con antecedente de legrado uterino presento alumbramiento incompleto, presentando el 36,47% retención de membranas y el 17,65 % retención de placenta. Concluyendo de esta manera que el antecedente de legrado uterino es un factor obstétrico que guarda relación con el alumbramiento incompleto.

Existe relación significativa entre alumbramiento incompleto y antecedente de cesárea en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022, con un valor menor 0,05. Ya que el 37,65 % de pacientes que si presentan cesárea anterior el 21,18% presento retención de membranas y el 16,47% retención de placenta, también se pudo observar que el 62,35% de gestantes que no presentaron cesárea anterior en sus antecedentes el 50,59% presentó retención de membranas y el 11,76 % retención de placenta, concluyendo de esta manera que la cesárea anterior es un factor obstétrico que guarda relación con el alumbramiento incompleto

VI. RECOMENDACIONES

Al sector salud, es importante que los factores de riesgo como la multiparidad, antecedente legrado y antecedente cesárea; se tomen en consideración para la elaboración de guías de atención clínica en obstetricia y para las estrategias de intervención en promoción de la salud y prevención; integrando y educando a la familia para el bienestar materno perinatal.

Es necesario que la atención del parto y el alumbramiento dirigido, cumpla con todas las condiciones para una atención obstétrica y contar con obstetras especialistas para el alumbramiento dirigido, previamente capacitadas, competentes y con las destrezas para las maniobras que este procedimiento obstétrico requiere.

El personal de salud en especial los(as) obstetras reforzar la consejería en planificación familiar en pacientes donde se detecte estos factores Obstetricos como la multiparidad que fue uno de los principales factores hallados.

Motivar a nuestras gestantes a la asistencia precoz a su control prenatal, para así poder detectar a tiempo alguna complicación que se de en embarazo o parto, como es el antecedente a una cesárea previa, lo cual se ha visto relacionado con el alumbramiento incompleto con la gestación actual y poder tomar las medidas necesarias para una nueva gestación

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia v perinatología 2018. Perú. [Online].; 2018. Acceso 20 de febrero de 2022. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias%20de%20Practica%20Clinica%20y%20de%20procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatologia%20del%202018.pdf>.
2. Minsa. Centro nacional de epidemiologia, prevencion y control de enfermedades - Minsa. [Online].; 2021.. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2021/SE162021/03.pdf>.
3. Martinez A, Santistevan K. FACTORES DE RIESGO QUE DESENCADENAN HEMORRAGIA POSTPARTO DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL. Tesis [Pregrado]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, Guayaquil.
4. Revello M, Yunapanta E. FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSTPARTO INMEDIATO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO GUARANDA- BOLIVAR, ENERO-JUNIO 2019. Tesis [Pregrado]. Babahoyo: Universidad Tecnica de Babahoyo, Los Rios.
5. Cruz V, Luna J. FACTORES DE RIESGO DE HEMORRAGIA POST PARTO. Tesis [Postgrado]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, Guayaquil.
6. Mowerg L. FACTORES DE RIESGO RELACIONADO CON HEMORRAGIA POSTPARTO EN EL HOSPITAL IQUITOS CÉSAR GARAYAR GARCÍA DE ENERO - ABRIL 2021. Trabajo de Suficiencia Profesional. Iquitos: Universidad Científica del Perú, Loreto.
7. Villazana K. CARACTERÍSTICAS DE PUÉRPERAS CON RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE CHILCA 2019. Tesis [Pre grado]. Huancayo: Universidad Peruana del Centro, Junin.
8. Blas L, Hernández K. Factores de Riesgo para la retencion de restos placentarios, Hospital Victor Ramos Guardia - 2019. Tesis [Pregrado]. Huaraz: Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, Ancash.
9. Gálvez M. FACTORES GINECO OBSTETRICOS ASOCIADOS A LA RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS EN PUERPERAS DEL HOSPITAL DE PAMPAS – TAYACAJA, 2016. Tesis [Especialidad]. Huancavelica: UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA, Huancavelica.
10. Rojas C, De la cruz M. RELACIÓN ENTRE ALUMBRAMIENTO INCOMPLETO Y FACTORES OBSTÉTRICOS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO. Tesis [Pregrado]. Ica: Universidad Autónoma de Ica, Ica.

11. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías Clínicas y Procedimientos para la atención obstétrica. [Online].; 2015. Acceso 22 de marzo de 2020. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/392027/Gu%C3%ADas_cl%C3%ADnicas_y_procedimiento_para_la_atenci%C3%B3n_obst%C3%A9trica20191017-26355-1g4afck.pdf?v=1571344131.
12. OMS. Cuidados en el parto normal: Una Guía Práctica. [Online].; 2017. Acceso 22 de marzo de 2020. Disponible en: https://www.elpartoelnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/oms_cuidados_parto_normal_guia_practica_1996.pdf.
13. Mongrut A. Tratado de Obstetricia Normal Y Patologica. En. Lima: Los Andes; 2011. p. 288-292.
14. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetrics: 23rd Edition. En Mcgraw-hill , editor.. Alabama: Mcgraw-hill; 2009. p. 427-432.
15. Daniel A, Dañino M, Reyes D, Vargas A, Zenteno I, Morales L. Atención De Parto. [Online].; 2018. Acceso 25 de marzo de 2020. Disponible en: https://www.academia.edu/39683896/ATENCI%C3%93N_DE_PARTO_DEPARTAMENTO_DE_INTEGRACI%C3%93N_DE_CIENCIAS_M%C3%89DICAS_CENTRO_DE_ENSE%C3%91ANZA_Y_CERTIFICACI%C3%93N_DE_APTITUDES_M%C3%89DICAS.
16. Dashe J, Bloom S, Spong C, Hoffman B. Williams Obstetrics, 25th Edition. 25th ed. Professional MH, editor. Alabama: Mcgraw-hill; 2018.
17. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. En Obstetricia. Buenos aires: el Ateneo; 2011. p. 488.
18. Reina A, Romero L, Rodriguez M. Influencia de la modalidad de alumbramiento (espontáneo vs dirigido) en la donación de cordón. Tesis [Postgrado]. Sevilla: Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, España.
19. Martinez J. Prevención de las hemorragias posparto con el manejo activo del alumbramiento. Matronas Profesion. 2009; 10(4).
20. Chavez A. ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO Y SU RELACIÓN CON EL TIEMPO DEL DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO EN PARTURIENTAS DEL HOSPITAL FELIPE HUAMAN POMA DE AYALA” – PUQUIO Y HOSPITAL DE APOYO DE NASCA, MAYO - DICIEMBRE. Tesis [Pregrado]. Nasca: Universidad Alas Peruanas, Ica.
21. Garcia C, Terán O, Alconero A, Gil M, Gonzales M, Laurrieta I. Plan de cuidados estandarizado durante el periodo expulsivo y de alumbramiento en el parto normal. Nuberos Científica. 2018; 2(14).
22. Apaza J. Desarrollo placentario temprano: Aspectos fisiopatológicos. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2014; 60(2).
23. Roa I, Smok C, Prieto R. Placenta: Anatomía e Histología Comparada. International Journal of Morphology. 2016; 30(4).

24. Rodriguez Y, Mendieta H. La placenta como órgano endocrino compartido y su acción en el embarazo normoevolutivo. *Revista de Medicina e Investigación*. 2017; 2(1).
25. Apaza J, Huaman M. Flujo sanguíneo uterino en el embarazo. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2018; 61(2).
26. Silver R. Implantación anormal de la placenta. [Online].; 2017. Acceso 10 de abril de 2020. Disponible en: https://journals.lww.com/greenjournal/Documents/Sep2015_Translation_Silver.pdf.
27. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. *Obstetricia*. En *Obstetricia*. sexta ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2003. p. 488-493.
28. Cunningham G, Leveno K, Bloom S. *Williams Obstetricia*. En HILL MG, editor.. Alabama: MC GRAW HILL CASTELLANO; 2015. p. 111-119.
29. Mongrut A. *Tratado de Obstetricia Normal y Patologica*. En. Lima: Los Andes; 2011. p. 648-650.
30. Stephenson P. Manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto, una práctica simple para prevenir una hemorragia postparto. [Online].; 2018. Acceso 10 de abril de 2020. Disponible en: https://17936336414459053140.googlegroups.com/attach/fa105217a40cc23c/hemorragia%20post%20parto.pdf?part=0.11&view=1&vt=ANaJVrFQ2nxW4_lhdeiQMQ4CHxDRd4sXouOvo1Fp40mdtmrdRXHTE_39n_PnC1kHfv1vTEBtgyfwSIUKf0w7_Rh1lkGGkWhDyUfMyI1draSjoluoo1QUjOw.
31. Aylas A, Maylle T. FACTORES DE RIESGO DE RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD PERÚ – COREA. AMARILIS. HUÁNUCO, AGOSTO A DICIEMBRE 2019. Tesis [Pregrado]. Huanuco: UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN, Huanuco.
32. Canchari M. HEMORRAGIA POSTPARTO POR RETENCIÓN PLACENTARIA EN EL I NIVEL DE ATENCIÓN. LIMA - 2019. Tesis [Postgrado]. lima: UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI, lima.
33. Wong L, Wong E, Husares Y. Mortalidad materna en la Dirección Regional de Salud Ancash. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2011; 57(04).
34. Minsa. Centro Nacional de Epidemiología, prevención y control de enfermedades. [Online].; 2023.. Disponible en: <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2023-05-18/cdc-mortalidad-materna-2022-2023.pdf>.
35. Organización mundial de la salud. Mortalidad materna. [Online]; 2023. Acceso 23 de agosto de 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/maternal-mortality>.
36. Organización Panamericana de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. [Online]; 2018. Acceso 15 de julio de 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-materna>.

37. Villanueva L. Factores de Riesgo Obstetrico. [Online].; 2017.. Disponible en: [http://files.uladech.edu.pe/docente/08651805/OBSTETRICIA_I/SESION_09/Factores de Riesgo Obstetrico.pdf](http://files.uladech.edu.pe/docente/08651805/OBSTETRICIA_I/SESION_09/Factores_de_Riesgo_Obstetrico.pdf).



VIII. ANEXOS

ANEXO 1:

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



TITULO:

Relación entre alumbramiento incompleto y factores obstétricos en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022

Autor: Bach. Juliana Margot Hernández de la Cruz

Ficha N° _____

Hcl N° _____

1. Alumbramiento Incompleto

1.1 Retención de Membranas ()

1.2 Retención de placenta ()

2. Multiparidad

Múltipara: 2 a 5 partos ()

Gran múltipara: \geq a 6 partos ()

3. Antecedente de legrado

SI ()

NO ()

4. Antecedente de cesárea

SI ()

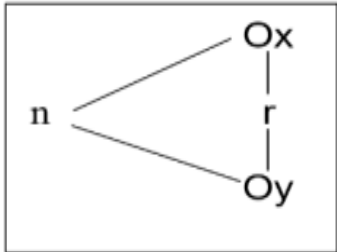
NO ()

ANEXO 2: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala	Tipo de Variable	Fuente
Variable X Alumbramiento incompleto	“Presencia de restos placentarios o membranas ovulares en el útero después del alumbramiento” (27)	El alumbramiento incompleto se midió posteriormente a la salida de la placenta incompleta con restos en el útero.	Retención de Membranas	Si No	<u>1.1</u>	Nominal	Cualitativa	Ficha de Recolección de Datos
			Retención de Placenta	Si No	<u>1.2</u>	Nominal	Cualitativa	
Variable Y Factores obstétricos	Son todos aquellos sucesos de la madre que ponen en riesgo su vida. (37)	Son aquellos acontecimientos que guardan relación con el sistema reproductor de la mujer que modifica el bienestar de la salud de la gestante, lo cuales serán obtenidos de las historias clínicas	Multiparidad	Múltipara: 2 – 5 partos Gran múltipara: ≥ 6 partos	<u>2</u>	De Razón	Cuantitativa	
			Antecedente de legrado	Si No	<u>3</u>	Nominal	Cualitativa	
			Antecedente de cesárea	Si No	<u>4</u>	Nominal	Cualitativa	

ANEXO 3: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: Relación entre alumbramiento incompleto y factores obstétricos en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022

PROBLEMA PRINCIPAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>Problema general</p> <p>- ¿Cuál es la relación entre el alumbramiento incompleto y factores obstétricos en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>- ¿Cuál es la relación entre alumbramiento incompleto y la multiparidad en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022?</p> <p>- ¿Cuál es la relación entre alumbramiento incompleto y antecedente de legrado uterino en</p>	<p>Determinar la relación entre el alumbramiento incompleto y factores obstétricos en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022.</p> <p>Objetivo específico</p> <p>- Determinar la relación entre alumbramiento incompleto y la multiparidad en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022.</p> <p>- Establecer la relación entre alumbramiento incompleto y antecedente de legrado uterino en gestantes atendidas en el Hospital</p>	<p>Existe relación significativa entre alumbramiento incompleto y factores obstétricos gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>- Existe relación entre alumbramiento incompleto y la multiparidad en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022.</p> <p>- Existe relación entre alumbramiento incompleto y antecedente de legrado uterino en gestantes atendidas en el</p>	<p>Identificación de variables</p> <p>Variable X:</p> <p>Alumbramiento incompleto:</p> <p>Retención de placenta</p> <p>Si</p> <p>no</p> <p>Retención de Membrana</p> <p>Si</p> <p>no</p> <p>Variable Y:</p> <p>Factores obstétricos:</p> <p>Multiparidad:</p> <p>Múltipara: 2 a 5 partos</p>	<p>TIPO DE LA INVESTIGACIÓN:</p> <p>Observacional, transversal y retrospectiva</p> <p>NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN:</p> <p>Relacional</p> <p>DISEÑO:</p> <p>No experimental</p>  <p>POBLACION</p> <p>La población de estudio fue de 85 casos</p>

<p>gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022?</p> <p>- ¿Cuál es la relación entre alumbramiento incompleto y antecedente de cesárea en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022?</p>	<p>San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022.</p> <p>- Determinar la relación entre alumbramiento incompleto y antecedente de cesárea en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022.</p>	<p>Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022.</p> <p>- Existe relación entre alumbramiento incompleto y antecedente de cesárea en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022.</p>	<p>Gran Multípara: mayor a 6 partos</p> <p>Antecedentes de legrado uterino</p> <p>Si</p> <p>No</p> <p>Antecedentes de cesárea</p> <p>Si</p> <p>no</p>	<p>Muestra: al 100% por conveniencia</p>
---	--	--	---	--

ANEXO 4: VALIDACION DEL INSTRUMENTO POR JUEZ DE EXPERTO



UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
FACULTAD DE OBSTETRICIA
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
ESCALA DE CALIFICACION
PARA EL JUEZ EXPERTO



Estimado juez experto (a) Milagros Cabrera Estimo

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 titulado:

"Relación entre alumbramiento incompleto y factores obstétricos en gestantes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022"

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 permita dar respuesta al problema de investigación	X		
2. La estructura del documento 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:

16 de Abril del 2022

Milagros Cabrera Estimo
 OBSTETRA
 C.O.P. 31558

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"

FACULTAD DE OBSTETRICIA

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ESCALA DE CALIFICACION

PARA EL JUEZ EXPERTO



Estimado juez experto (a) Rosa Ingrid Chano Morandiz

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 titulado:

"Relación entre alumbramiento incompleto y factores obstétricos en gestantes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022"

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 documento 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:

Ica 23 de 06 del 2022


 OBSTETRA
 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"

FACULTAD DE OBSTETRICIA

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ESCALA DE CALIFICACION

PARA EL JUEZ EXPERTO



Estimado juez experto (a) Enma Zoraida Solano Merced

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 titulado:

"Relación entre alumbramiento incompleto y factores obstétricos en gestantes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022"

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 documento 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:

Ica 23 de Abril del 2022

Enma Z. Solano Merced
OBSTETRA
C.O.P. 118886584271

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

El análisis estadístico se realizó con el software SPSS versión 24 y consistió en los siguientes pasos:

En un primer momento la ficha de recolección de datos fue presentado a tres expertos quienes emitieron sus opiniones sobre la validez de las preguntas, puesto que tiene un coeficiente V de Aiken = 1 en cada criterio de evaluación y de manera general, lo cual tiene por concluido que el instrumento es válido para su aplicación.

PRUEBA de. V-de Aiken según criterio de evaluación y total del instrumento

Criterios de evaluación	Juez 1	Juez2	Juez3	V de Aiken	Conclusión
Claridad	1	1	1	1	Valido
objetividad	1	1	1	1	Valido
conveniencia	1	1	1	1	Valido
organización	1	1	1	1	Valido
suficiencia	1	1	1	1	Valido
Intencionalidad	1	1	1	1	Valido
Consistencia	1	1	1	1	Valido
Coherencia	1	1	1	1	Valido
Estructura	1	1	1	1	Valido
Pertinencia	1	1	1	1	Valido
Instrumento general				1	1

ANEXO 5: BASE DE DATOS

participante	paridad	antecedente de legrado	antecedente de cesárea	alumbramiento
1	Múltipara	No	si	retención de membranas
2	Múltipara	Si	si	retención de placenta
3	Múltipara	Si	si	retención de placenta
4	Múltipara	Si	no	retención de placenta
5	Múltipara	No	no	retención de placenta
6	Múltipara	No	no	retención de placenta
7	Múltipara	Si	no	retención de membranas
8	Múltipara	Si	si	retención de placenta
9	Múltipara	No	si	retención de membranas
10	Múltipara	No	no	retención de membranas
11	Múltipara	Si	no	retención de membranas
12	Múltipara	No	si	retención de placenta
13	Múltipara	Si	si	retención de placenta
14	Múltipara	No	no	retención de membranas
15	Múltipara	Si	si	retención de placenta
16	Múltipara	Si	no	retención de membranas
17	Múltipara	Si	si	retención de membranas
18	Múltipara	Si	si	retención de placenta
19	Múltipara	Si	no	retención de membranas
20	Múltipara	Si	si	retención de membranas

participante	paridad	antecedente de legrado	antecedente de cesárea	alumbramiento
21	Múltipara	Si	si	retención de membranas
22	Múltipara	Si	si	retención de membranas
23	Múltipara	Si	no	retención de placenta
24	Múltipara	No	no	retención de membranas
25	Múltipara	No	no	retención de membranas
26	gran Múltipara	No	no	retención de placenta
27	Múltipara	Si	si	retención de placenta
28	Múltipara	Si	no	retención de membranas
29	Múltipara	Si	si	retención de placenta
30	Múltipara	Si	no	retención de membranas
31	Múltipara	Si	no	retención de membranas
32	Múltipara	Si	no	retención de membranas
33	Múltipara	Si	no	retención de membranas
34	Múltipara	Si	si	retención de membranas
35	Múltipara	Si	si	retención de membranas
36	Múltipara	Si	si	retención de membranas
37	gran Múltipara	No	no	retención de placenta
38	gran Múltipara	Si	no	retención de membranas

participante	paridad	antecedente de legrado	antecedente de cesárea	alumbramiento
39	Múltipara	Si	no	retención de membranas
40	Múltipara	Si	no	retención de membranas
41	Múltipara	Si	si	retención de placenta
42	Múltipara	Si	no	retención de membranas
43	Múltipara	Si	no	retención de placenta
44	Múltipara	No	si	retención de placenta
45	Múltipara	Si	si	retención de placenta
46	Múltipara	Si	no	retención de membranas
47	Múltipara	Si	no	retención de placenta
48	Múltipara	Si	no	retención de membranas
49	Múltipara	Si	no	retención de placenta
50	Múltipara	No	no	retención de membranas
51	Múltipara	No	si	retención de placenta
52	Múltipara	Si	no	retención de membranas
53	Múltipara	No	si	retención de membranas
54	Múltipara	No	no	retención de membranas
55	Múltipara	No	si	retención de membranas
56	Múltipara	Si	no	retención de membranas
57	Múltipara	No	si	retención de placenta

participante	paridad	antecedente de legrado	antecedente de cesárea	alumbramiento
58	Múltipara	Si	si	retención de membranas
59	Múltipara	No	no	retención de membranas
60	Múltipara	No	no	retención de membranas
61	Múltipara	No	si	retención de membranas
62	Múltipara	No	no	retención de membranas
63	Múltipara	Si	no	retención de membranas
64	Múltipara	Si	no	retención de membranas
65	Múltipara	Si	no	retención de membranas
66	Múltipara	Si	no	retención de membranas
67	Múltipara	No	si	retención de membranas
68	Múltipara	No	no	retención de placenta
69	Múltipara	No	no	retención de membranas
70	Múltipara	No	no	retención de membranas
71	Múltipara	No	no	retención de membranas
72	Múltipara	No	no	retención de membranas
73	Múltipara	Si	no	retención de membranas
74	Múltipara	No	si	retención de membranas

participante	paridad	antecedente de legrado	antecedente de cesárea	alumbramiento
75	Múltipara	No	no	retención de membranas
76	Múltipara	No	si	retención de membranas
77	Múltipara	No	si	retención de membranas
78	Múltipara	No	no	retención de membranas
79	Múltipara	No	no	retención de membranas
80	Múltipara	No	no	retención de membranas
81	Múltipara	Si	no	retención de membranas
82	Múltipara	No	no	retención de membranas
83	Múltipara	No	no	retención de membranas
84	Múltipara	No	no	retención de membranas
85	Múltipara	No	si	retención de membranas

ANEXO 6: AUTORIZACION DEL HOSPITAL



"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANIA NACIONAL"



Pisco, 09 de Agosto del 2022

CARTA N° 019- 2022- GORE ICA- DIRESA-UADEI

Señorita : Juliana Margot Hernández De La Cruz
Bachiller de Obstetricia
Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica

Asunto : Aprobación a solicitud de recabar información para elaboración
De Tesis

Referencia : Proveído N° 43527

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarla cordialmente al mismo tiempo darle a conocer que la Dirección a mi cargo aprueba Vuestra solicitud brindándole las facilidades, para que recabe la información que sea necesarias y realizar encuestas para la elaboración de su Tesis titulada "RELACIÓN ENTRE ALUMBRAMIENTO INCOMPLETO Y FACTORES OBSTÉTRICOS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO, 2021-2022 " trabajo que será utilizado para optar el Título profesional de Obstetra.

Al respecto debo manifestarle que existe el compromiso formal que una vez concluido el trabajo deberá alcanzar una copia al Hospital San Juan de Dios de Pisco.

Sin otro particular es propicia la oportunidad para expresarles los sentimientos de mi mayor consideración.

Atentamente,

FEMP-D-HSIDP
AGGC-J-UADEI
C.C.
Archí

GOBIERNO REGIONAL DE ICA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD ICA
Hospital San Juan de Dios
Unidad Apoyo Docencia e Investigación
Fundo Alto la Luna Mz-B Lt-5
Ica - Pisco

ANEXO 7: TABLAS ESTADISTICAS

Tabla 1 Relación entre alumbramiento incompleto y la multiparidad en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022.

		Alumbramiento incompleto			
			retención de membranas	de retención de placenta	de Total
Multiparidad	Multípara: 2 a 5 partos	Recuento	60	22	82
		% del total	70,6%	25,9%	96,5%
	Gran multípara: > a 6 partos	Recuento	1	2	3
		% del total	1,2%	2,4%	3,5%
Total		Recuento	61	24	85
		% del total	71,8%	28,2%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2 Relación entre alumbramiento incompleto y antecedente de legrado uterino en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022.

				alumbramiento incompleto			
				retención membranas	de retención de placenta	de Total	
Antecedente uterino	de	legrado	Si	Recuento	31	15	46
				% del total	36,5%	17,6%	54,1%
			No	Recuento	30	9	39
				% del total	35,3%	10,6%	45,9%
Total				Recuento	61	24	85
				% del total	71,8%	28,2%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

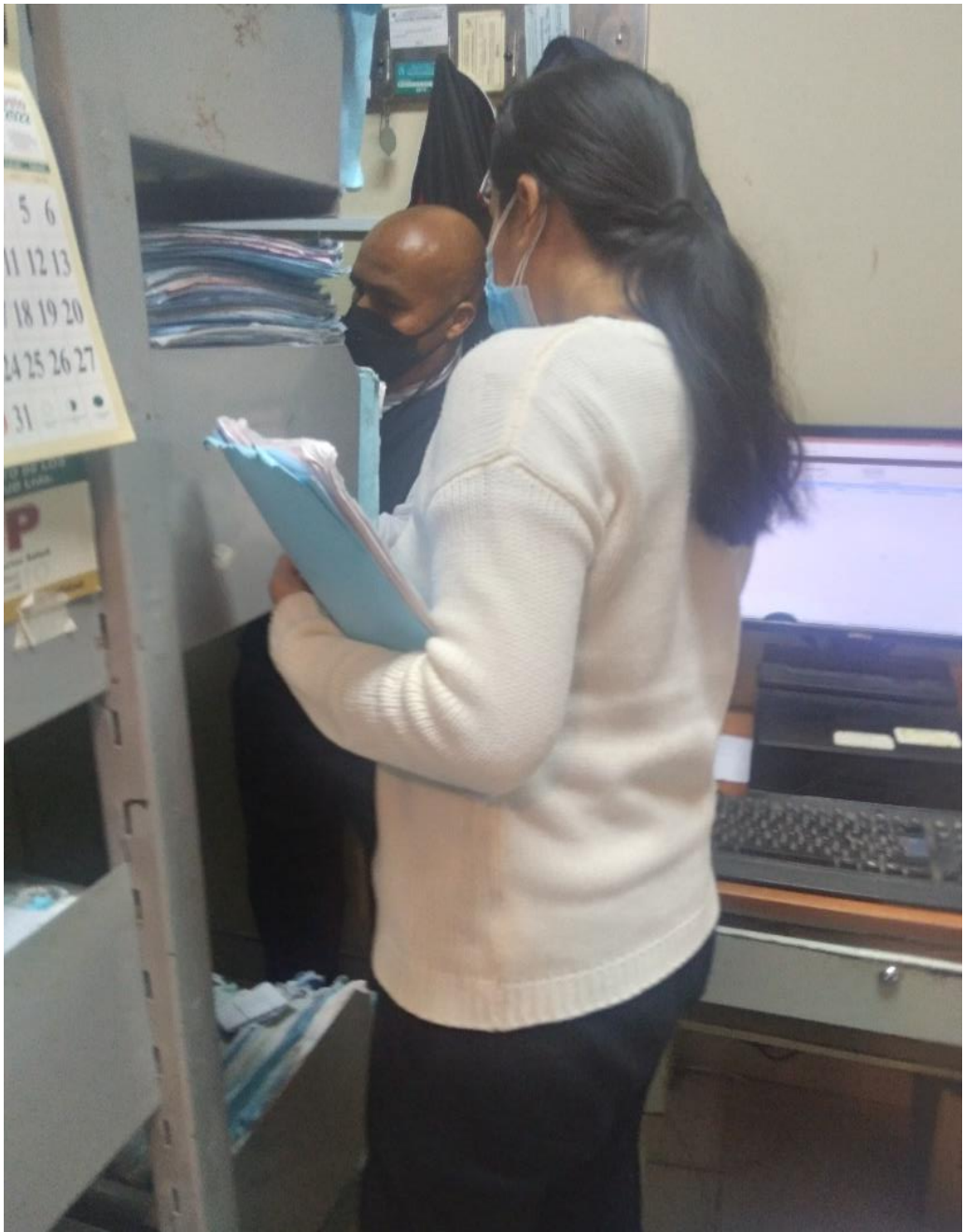
Tabla 3 Relación entre alumbramiento incompleto y antecedente de cesárea en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022.

		alumbramiento incompleto			
			retención membranas	de retención placenta	de Total
Antecedente de cesárea	si	Recuento	18	14	32
		% del total	21,2%	16,5%	37,6%
	no	Recuento	43	10	53
		% del total	50,6%	11,8%	62,4%
Total		Recuento	61	24	85
		% del total	71,8%	28,2%	100,0%

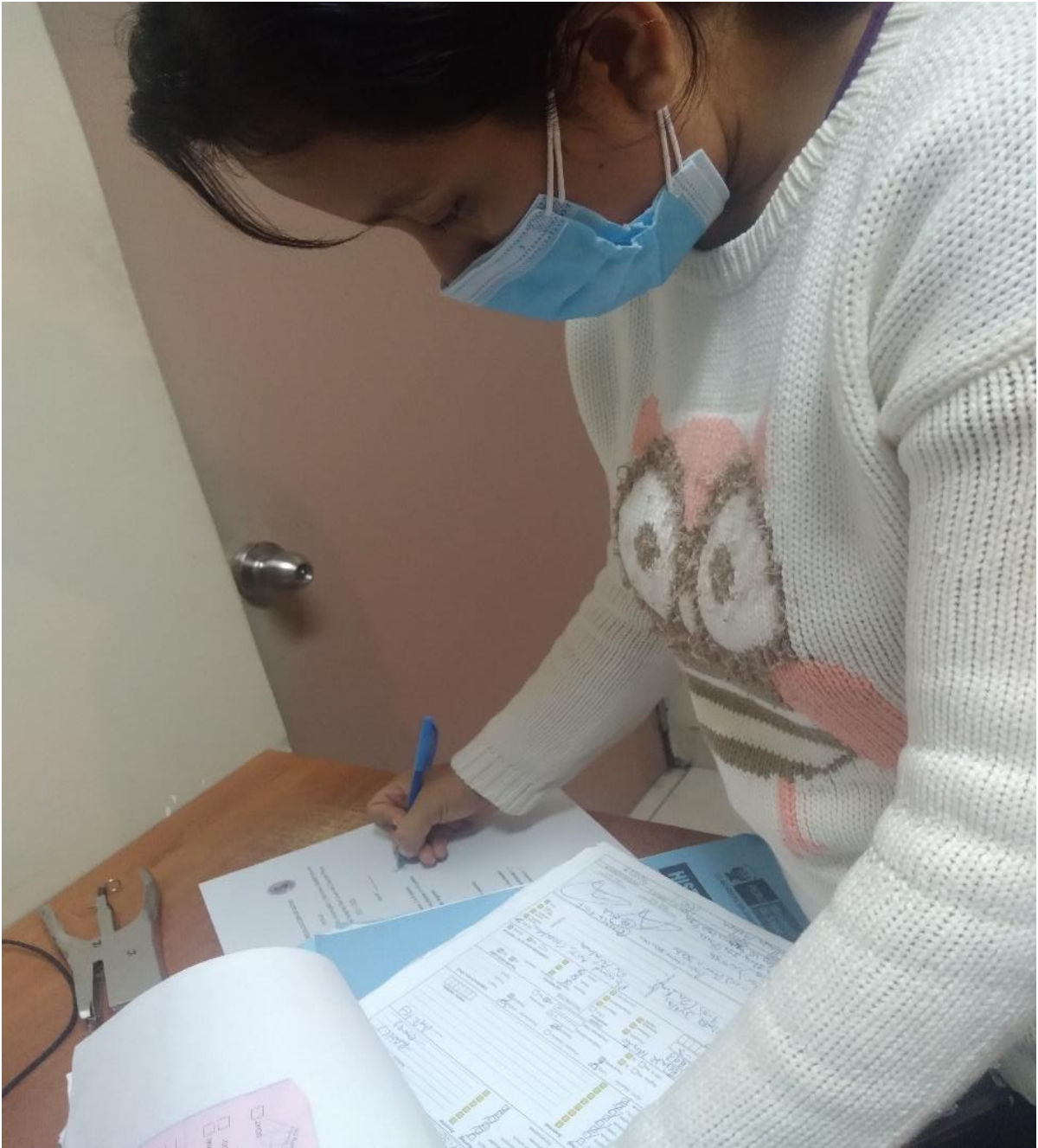
Fuente: Elaboración propia

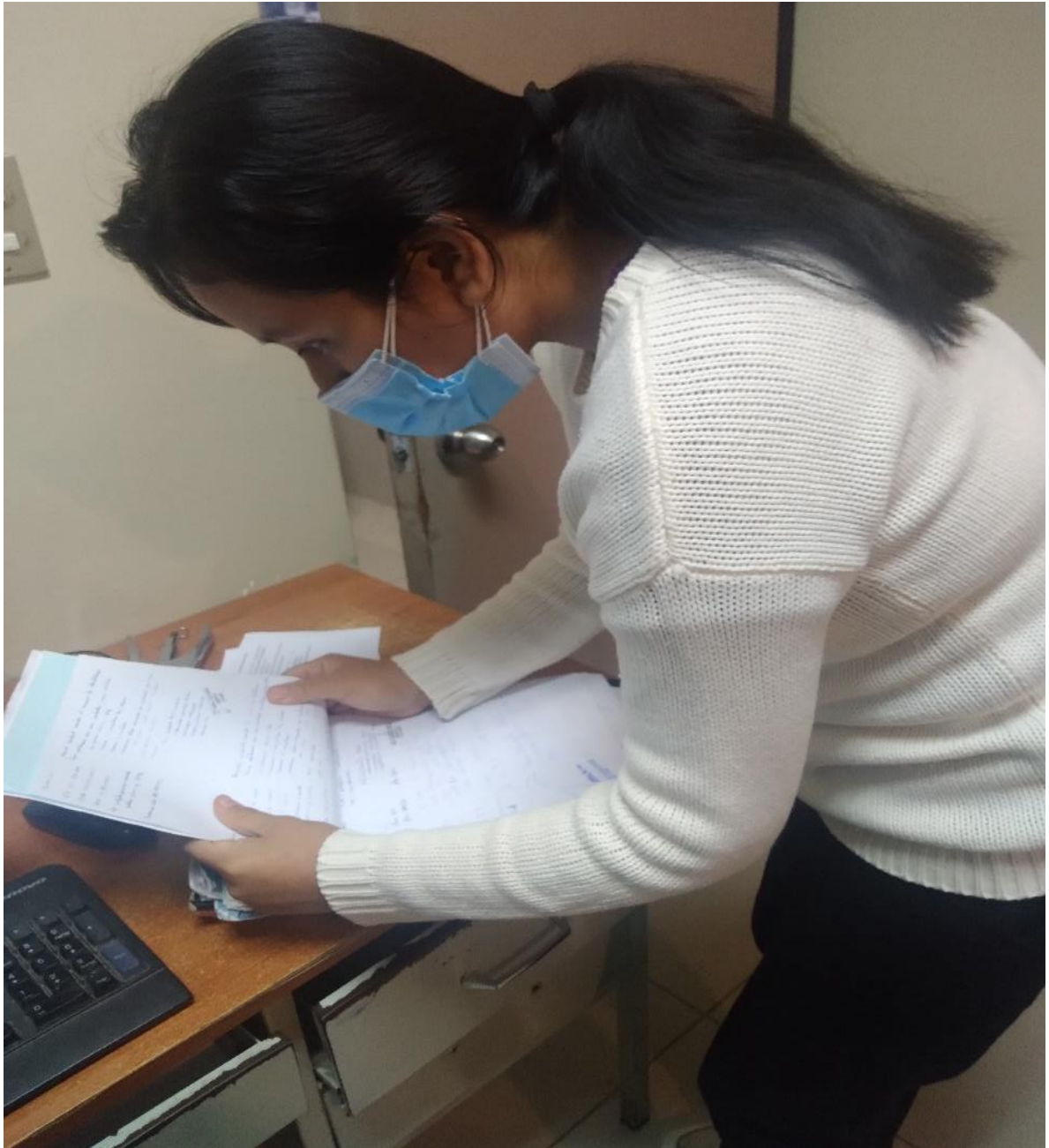
ANEXO 8: FOTOGRAFIAS

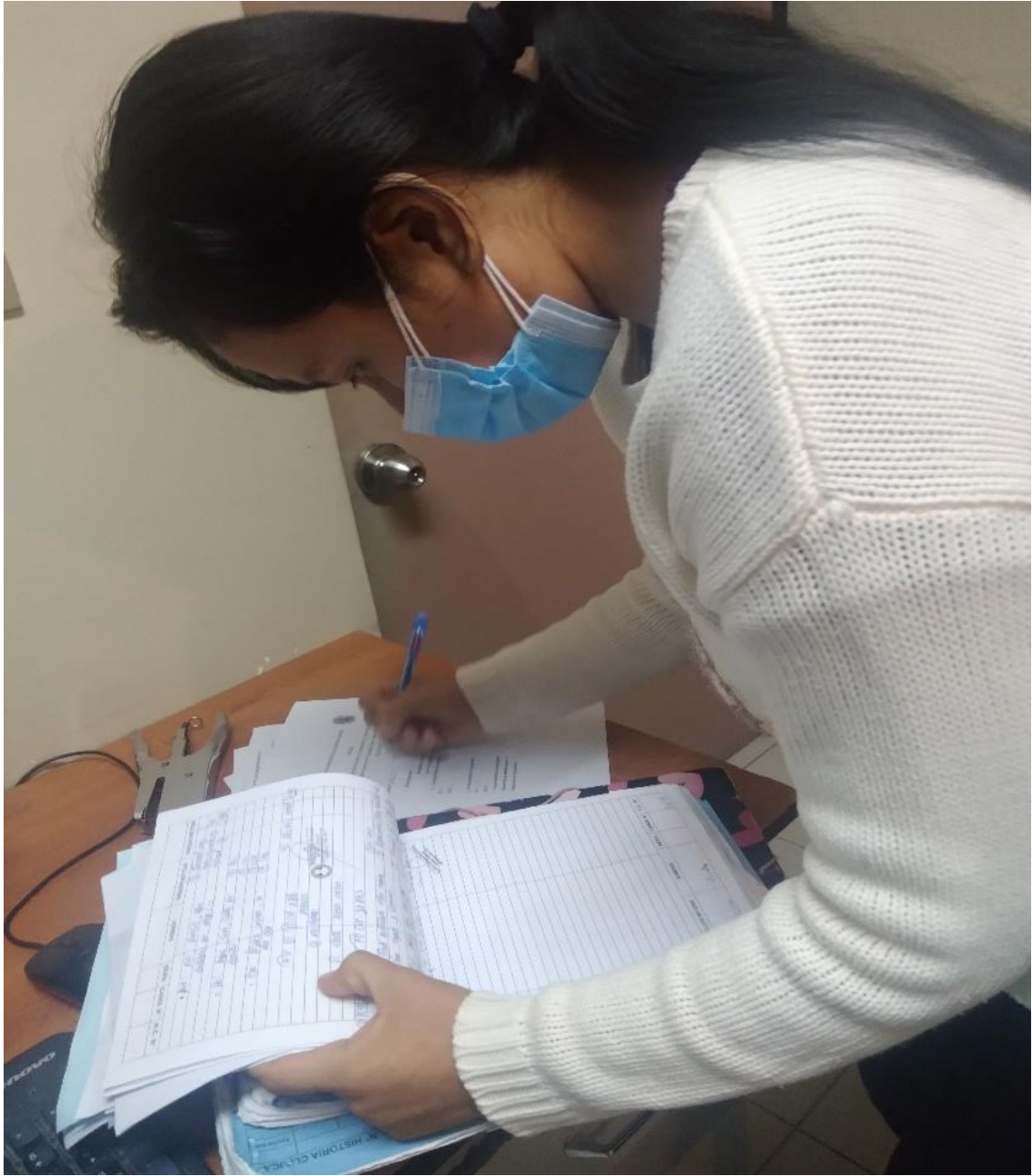


















CONSTANCIA

El que, suscribe deja constancia que se ha realizado el análisis con el software de verificación de similitud al documento de la Tesis cuyo título es:

Relación entre alumbramiento incompleto y factores obstétricos en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022

Presentado por Bach. JULIANA MARGOT HERNANDEZ DE LA CRUZ

del nivel de Pregrado de la Facultad de Obstetricia. El resultado obtenido es el (Porcentaje similitud es del 6%) por el cual se otorga el calificativo de:

APROBADO, según Reglamento de Evaluación para la Originalidad.

Se adjunta al presente el reporte de evaluación con el software de verificación de originalidad.

Ica, 12 de diciembre de 2023

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
FACULTAD DE OBSTETRICIA

Dr. CIRILO JESUS ROJAS BERNAOLA
DECANO (1)

Adjunto:

- INFORME N°032-2023-UNICA/F.Obs./UI- OPERADOR