

UNIVERSIDAD DE HUANUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA



TESIS

**“Alumbramiento dirigido y retención de restos placentarios en
pacientes de parto vaginal en el Centro de Salud Panao - 2024”**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTORA: García Ambicho, Hancel Yoisi

ASESORA: Fernández Saromo, Raquel

HUÁNUCO – PERÚ

2025

U

D

H



UDH
UNIVERSIDAD DE HUANUCO
<http://www.udh.edu.pe>

TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

- Tesis (X)
- Trabajo de Suficiencia Profesional ()
- Trabajo de Investigación ()
- Trabajo Académico ()

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud pública**AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN** (2020)**CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:****Área:** Ciencias médicas, Ciencias de la salud**Sub área:** Medicina clínica**Disciplina:** Obstetricia, Ginecología**DATOS DEL PROGRAMA:**

Nombre del Grado/Título a recibir: Título

Profesional de Obstetra

Código del Programa: P02

Tipo de Financiamiento:

- Propio (X)
- UDH ()
- Fondos Concursables ()

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 76687262

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 23100042

Grado/Título: Maestra en ciencias de la salud, con
mención en salud pública y docencia universitaria

Código ORCID: 0000-0003-3442-5114

DATOS DE LOS JURADOS:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Bambaren Deza, Aníbal Humberto	Magister en administración de la educación	22463673	0009-0004- 0331-9145
2	Palacios Zevallos, Julia Marina	Doctora en ciencias de la salud	22407304	0000-0002- 1160-4032
3	Suarez León, Cecilia Lissette	Obstetriz	40790329	0000-0001- 7089-0537



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las **diez horas con treinta minutos** de la fecha **veintinueve** del mes de **setiembre** del año **dos mil veinticinco**, se reunieron en el auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad, se reunió el jurado calificador integrado por los docentes:

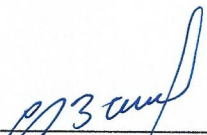
- | | |
|--|-------------------|
| • Mg. Anibal Humberto Bambaren Deza | Presidente |
| • Dra. Julia Marina Palacios Zevallos | Secretaria |
| • Obstetra Cecilia Lisette Suarez Leon | Vocal |

Nombrados mediante **RESOLUCION 3199-2025-D-FCS-UDH**, para evaluar la Tesis intitulado **"ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO Y RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS EN PACIENTES DE PARTO VAGINAL EN EL CENTRO DE SALUD PANAO - 2024"**; presentado por la Bachiller en Obstetricia la Sra. Hancel Yoisi GARCIA AMBICHO, para optar el Título Profesional de **Obstetra**.

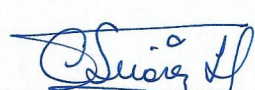
Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo aprobado por unanimidad con el calificativo cuantitativo de 16 y cualitativo de Buena.

Siendo las, 11:30 horas del día **veintinueve** del mes de **setiembre** del año **2025** los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.


MG. ANIBAL HUMBERTO BAMBAREN DEZA
DNI: 622463673
CÓDIGO ORCID: 0009-0004-0331-9145


DRA. JULIA MARINA PALACIOS ZEVALLOS
DNI: 22407309
CÓDIGO ORCID: 0000-0002-1160-4032


OBSTETRA CECILIA L. SUAREZ LEON
DNI: 40790329
CÓDIGO ORCID: 0000-0001-7089-0537



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El comité de integridad científica, realizó la revisión del trabajo de investigación del estudiante: HANCEL YOISI GARCÍA AMBICHO, de la investigación titulada "Alumbramiento dirigido y retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal en el Centro de Salud Panao - 2024", con asesor(a) RAQUEL FERNANDEZ SAROMO, designado(a) mediante documento: RESOLUCIÓN N° 1293-2024-D-FCS-UDH del P. A. de OBSTETRICIA.

Puede constar que la misma tiene un índice de similitud del 21 % verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el Software Turnitin.

Por lo que concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con todas las normas de la Universidad de Huánuco.

Se expide la presente, a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Huánuco, 22 de julio de 2025



RICHARD J. SOLIS TOLEDO
D.N.I.: 47074047
cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA
D.N.I.: 71345687
cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

139. García Ambicho, Hancel Yoisi.docx

INFORME DE ORIGINALIDAD

21 %

INDICE DE SIMILITUD

20 %

FUENTES DE INTERNET

4 %

PUBLICACIONES

6 %

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

repositorio.uap.edu.pe

Fuente de Internet

6 %

2

apirepositorio.unh.edu.pe

Fuente de Internet

1 %

3

repositorio.unheval.edu.pe

Fuente de Internet

1 %

4

hdl.handle.net

Fuente de Internet

1 %

5

repositorio.upecen.edu.pe

Fuente de Internet

1 %



RICHARD J. SOLIS TOLEDO
D.N.I.: 47074047

cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA
D.N.I.: 71345687

cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

DEDICATORIA

A Dios, por ser luz en mi camino, por sostenerme en silencio en las noches de incertidumbre y regalarme fuerza cuando sentí flaquear.

A mis padres, cuyo amor no conoce límites y cuyo esfuerzo invisible ha sido el cimiento de cada uno de mis logros. Su ejemplo de vida me inspira a ser mejor cada día.

A mis hermanos, compañeros de vida y lucha, gracias por sus palabras sinceras, su cariño sin condiciones y por creer en mí incluso en los momentos en que ni yo lo hacía.

Esta dedicatoria es un pedazo de mi gratitud y cariño especial para todos ustedes.

AGRADECIMIENTO

Mi más profundo agradecimiento a mi familia, por ser abrigo en los días grises y alegría en los días de triunfo. Ustedes han sido mi impulso silencioso y constante.

A mis amigos, por acompañarme con su apoyo incondicional, por saber escuchar, alentar y estar presentes aún en la distancia.

A mis asesores de tesis, gracias por su guía paciente, su exigencia formativa y por ayudarme a ver más allá de lo evidente.

Y a mis docentes de la Universidad de Huánuco, quienes no solo compartieron conocimientos, sino que sembraron en mí la pasión por el aprendizaje y la disciplina en el camino académico.

A todos ustedes, gracias por ser parte de esta etapa tan significativa de mi vida.

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
ÍNDICE.....	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VII
ÍNDICE DE FIGURAS	IX
RESUMEN	XI
ABSTRACT	XII
INTRODUCCIÓN	XIII
CAPÍTULO I	15
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	15
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	15
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	18
1.2.1. PROBLEMA GENERAL	18
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS	19
1.3. OBJETIVO GENERAL	19
1.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
1.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	19
1.5.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA	19
1.5.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA	20
1.5.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA	20
1.5.4. JUSTIFICACIÓN ACADÉMICA	21
1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	21
1.7. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	21
CAPÍTULO II	22
MARCO TEÓRICO	22
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	22
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES	22
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES	26
2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES	29
2.2. BASES TEÓRICAS	30
2.2.1. LA PLACENTACIÓN	30
2.2.2. LA PLACENTA	32

2.2.3. MEMBRANAS OVULARES	35
2.2.4. DINÁMICA DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO	36
2.2.5. PARTO Y RUPTURA DE MEMBRANAS	36
2.2.6. CONTRACCIÓN UTERINA	39
2.2.7. TRABAJO DE PARTO	41
2.2.8. MANEJO ACTIVO DEL ALUMBRAMIENTO	48
2.2.9. COMPLICACION PUERPERAL	52
2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES	57
2.4. HIPÓTESIS	58
2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL	58
2.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	59
2.5. VARIABLES	59
2.5.1. VARIABLE DE SUPERVISIÓN	59
2.5.2. VARIABLE DE RELACIÓN	59
2.5.3. VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN	59
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	60
CAPÍTULO III	63
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	63
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	63
3.1.1. ENFOQUE	63
3.1.2. ALCANCE O NIVEL	63
3.1.3. DISEÑO	63
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	64
3.2.1. POBLACIÓN	64
3.2.2. MUESTRA	64
3.3. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	65
3.3.1. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	65
3.3.2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	66
3.3.3. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS	66
3.3.4. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	66
3.3.5. PARA LA PRESENTACIÓN DE DATOS	67
3.4. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	67
3.4.1. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS	67

3.4.2. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	68
CAPÍTULO IV.....	69
RESULTADOS.....	69
4.1. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS DESCRIPTIVOS	69
4.1.1. DE LAS CARACTERÍSTICAS GENERALES	69
4.1.2. DE LA VARIABLE ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO	84
4.1.3. DE LA VARIABLE RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS	85
4.2. PROCESAMIENTO DE DATOS INFERENCIALES.....	86
4.2.1. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS	87
CAPÍTULO V.....	88
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	88
CONCLUSIONES	93
RECOMENDACIONES.....	95
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	96
ANEXOS	107

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edad de las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024	69
Tabla 2. Grado de instrucción de las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024.....	70
Tabla 3. Estado civil de las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024	71
Tabla 4. Ocupación de las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024	72
Tabla 5. Paridad de las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024	73
Tabla 6. Periodo intergenésico de las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024.....	74
Tabla 7. Duración del parto en las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024	75
Tabla 8. Modalidad de alumbramiento en las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024	76
Tabla 9. Antecedente de legrado uterino en las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024	77
Tabla 10. Antecedente de aborto en las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024.....	78
Tabla 11. Antecedente de cesárea en las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024.....	79
Tabla 12. Adherencia anormal de la placenta en las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024	80
Tabla 13. Óbito fetal en las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024	81
Tabla 14. Hemorragia posparto en las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024.....	82
Tabla 15. Endometritis en las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024	83
Tabla 16. Tipo de alumbramiento dirigido en las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024	84

Tabla 17. Retención de restos placentarios en las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Pano – Huánuco, año 2024	85
Tabla 18. Tabla cruzada entre alumbramiento dirigido y la retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal en el Centro de Salud Pano - Huánuco, durante el año 2024.....	86
Tabla 19. Estadística no paramétrica de relación entre el alumbramiento dirigido y la retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal en el Centro de Salud Pano de Huánuco, durante el año 2024	87

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Edad de las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024	69
Figura 2. Grado de instrucción de las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024.....	70
Figura 3. Estado civil de las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024	71
Figura 4. Ocupación de las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024	72
Figura 5. Paridad de las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024	73
Figura 6. Periodo intergenésico de las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024	74
Figura 7. Duración del parto en las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024	75
Figura 8. Modalidad de alumbramiento en las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024	76
Figura 9. Antecedente de legrado uterino en las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024	77
Figura 10. Antecedente de aborto en las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024.....	78
Figura 11. Antecedente de cesárea en las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024	79
Figura 12. Adherencia anormal de la placenta en las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024	80
Figura 13. Óbito fetal en las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024	81
Figura 14. Hemorragia posparto en las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024.....	82
Figura 15. Endometritis en las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024	83
Figura 16. Tipo de alumbramiento dirigido en las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024	84

Figura 17. Retención de restos placentarios en las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Pano – Huánuco, año 2024	85
Figura 18. Tabla cruzada entre alumbramiento dirigido y la retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal en el Centro de Salud Pano - Huánuco, durante el año 2024.....	86

RESUMEN

Objetivo. Determinar la relación entre el alumbramiento dirigido y la retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao de Huánuco durante el año 2024. **Método.** Estudio observacional, retrospectivo, de corte transversal y nivel relacional. Se analizó una muestra de 90 historias clínicas de púerperas con parto vaginal, seleccionadas mediante muestreo aleatorio simple. **Resultados.** De las características demográficas, predominó el grupo etario de 20 a 35 años (58.9%, n=53), mujeres con estudios primarios (50%, n=45), convivientes (52.2%, n=47) y amas de casa (93.3%, n=84). En cuanto a las características obstétricas, fueron primíparas el 36.5% (n=32), sin partos previos el 36.5% (n=32), con duración normal del trabajo de parto el 47.8% (n=43), y con alumbramiento tipo Schultz el 65.6% (n=59). Para características de riesgo, la mayoría no presentó antecedentes de legrado (91.1%, n=82), aborto (71.1%, n=64) ni cesárea (95.6%, n=86), y no se registraron adherencias placentarias (0%, n=0). En complicaciones posparto, no hubo óbito fetal (100%, n=90), la hemorragia posparto ocurrió en el 11.1% (n=10) y no se presentaron casos de endometritis. En el alumbramiento dirigido, el 82.2% (n=74) fue tratado con oxitocina sola y el 17.8% (n=16) con oxitocina más masaje uterino. Se observó retención de restos placentarios en el 67.8% (n=61); el 100% de las pacientes sin retención (n=29) recibió solo oxitocina. La prueba exacta de Fisher mostró significancia estadística ($p = 0.001$). **Conclusión.** Existe una asociación significativa entre el tipo de alumbramiento dirigido y la retención placentaria.

Palabras clave. Alumbramiento, oxitocina, placenta retenida, parto vaginal, puerperio.

ABSTRACT

Objective. To determine the relationship between active management of the third stage of labor and the retention of placental remnants in patients with vaginal delivery treated at the Pano Health Center in Huánuco during 2024.

Method. Observational, retrospective, cross-sectional, and relational-level study. A sample of 90 medical records of postpartum women with vaginal delivery was analyzed, selected through simple random probability sampling.

Results. Regarding demographic characteristics, the most predominant age group was 20 to 35 years (58.9%, n=53), women with primary education (50%, n=45), cohabiting partners (52.2%, n=47), and housewives (93.3%, n=84). In terms of obstetric characteristics, 36.5% (n=32) were primiparous, 36.5% (n=32) had no previous births, 47.8% (n=43) had a normal labor duration, and 65.6% (n=59) experienced Schultz-type placental delivery. For risk characteristics, most had no history of uterine curettage (91.1%, n=82), abortion (71.1%, n=64), or cesarean section (95.6%, n=86), and no abnormal placental adhesions were recorded (0%, n=0). In postpartum complications, there were no cases of fetal death (100%, n=90), postpartum hemorrhage occurred in 11.1% (n=10), and no cases of endometritis were reported. Regarding active management, 82.2% (n=74) were treated with oxytocin alone and 17.8% (n=16) with oxytocin plus uterine massage. Placental retention was observed in 67.8% (n=61); 100% of patients without retention (n=29) received oxytocin only. Fisher's exact test showed statistical significance ($p = 0.001$).

Conclusion. There is a significant association between the type of active management of the third stage of labor and placental retention.

Keywords. Delivery, oxytocin, retained placenta, vaginal birth, puerperium.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia posparto sigue siendo una de las principales causas de muerte materna a nivel mundial, y en muchos casos está asociada a la retención de restos placentarios ^(1, 2). Esta complicación puede provocar infecciones, subinvolución uterina y sangrados anormales que comprometen la vida de la madre si no se manejan oportunamente ^(4, 5, 7). En países con recursos limitados, como Perú, las tasas de mortalidad materna son preocupantes, especialmente en regiones como Huánuco, donde el acceso a servicios especializados es reducido y aumenta un riesgo durante el puerperio ^(3, 12, 14). A nivel local, se ha reportado que prácticas inadecuadas durante el alumbramiento, junto con factores clínicos previos, contribuyen a la retención placentaria, una causa prevenible de complicaciones graves ^(10, 11, 13).

Frente a ello, esta investigación plantea como problema principal: ¿Cuál es la relación entre el alumbramiento dirigido y la retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal en el Centro de Salud Panao - Huánuco, durante el año 2024? Esta pregunta surge ante la necesidad de comprender si las prácticas clínicas adoptadas durante el alumbramiento están influyendo en la aparición de esta complicación, y si pueden optimizarse para mejorar los resultados maternos.

La investigación se justifica por su enfoque en un tema de alto impacto clínico y social, especialmente en contextos donde la atención obstétrica enfrenta barreras estructurales. Se basa en evidencia científica que alerta sobre la necesidad de evaluar críticamente el uso de intervenciones como la oxitocina, el pinzamiento del cordón y el masaje uterino, cuya aplicación sin criterios clínicos claros puede generar efectos adversos ^(7, 9). Con este estudio se espera generar conocimiento local que oriente decisiones clínicas seguras y adaptadas a la realidad de los servicios de salud primaria como el de Panao.

El objetivo principal fue determinar la relación entre el alumbramiento dirigido y la retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal. Para ello, la tesis se estructura en cinco capítulos: el primero aborda el planteamiento del problema, objetivos y justificación; el segundo desarrolla el marco teórico; el tercero detalla la metodología empleada; el cuarto presenta

los resultados y su discusión; y el quinto contiene las conclusiones, recomendaciones, referencias y anexos.

Metodológicamente, se trató de un estudio observacional, retrospectivo y transversal de nivel relacional, con análisis documental de historias clínicas. Se emplearon fuentes académicas confiables, como revistas científicas, libros y repositorios nacionales. Entre las principales limitaciones se identificaron: antecedentes clínicos incompletos, variabilidad en registros, factores externos como políticas de salud, y recursos limitados del investigador, lo cual pudo afectar la estandarización diagnóstica y la recolección de datos de manera uniforme.

Como conclusión, es necesario resaltar que comprender el vínculo entre el tipo de alumbramiento y la retención placentaria es fundamental para mejorar la atención obstétrica en zonas rurales. Este estudio no solo busca aportar evidencia científica, sino también contribuir a que las decisiones médicas sean más conscientes, seguras y adaptadas a las condiciones reales del entorno local.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Además de ser una de las tres principales causas de muerte materna en todo el mundo, la hemorragia posparto es también uno de los problemas más temidos durante el embarazo. Se refiere a la pérdida de más de 500 mililitros de sangre tras un parto vaginal o de más de 1.000 mililitros tras una cesárea. El sangrado que se produce durante las primeras veinticuatro horas después del parto se denomina hemorragia postparto precoz (HPP) y suele ser el tipo de sangrado más grave. La HPP puede deberse a varios factores, el más común de los cuales es la atonía uterina. Otras posibles causas son traumatismos o laceraciones, retención de productos de la concepción y anomalías de la coagulación ⁽¹⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado que la tasa de mortalidad materna alcanza actualmente un nivel inaceptable. Alrededor de 287 mil mujeres morirán durante o después del parto o el embarazo en el año 2020. Se estima que, en el año 2020, alrededor del 95% de todas las muertes maternas se produjeron en naciones con ingresos bajos y medios-bajos, donde la mayoría de estas muertes podrían haberse evitado. En el contexto de las complicaciones, las mujeres fallecen durante o después del proceso de dar a luz. Casi el setenta y cinco por ciento de estas muertes maternas están causadas por complicaciones, las más comunes de las cuales son hemorragias graves (que ocurren con mayor frecuencia después del parto), infecciones (que suelen aparecer después del parto), hipertensión durante el embarazo (preeclampsia y eclampsia), complicaciones durante el parto y aborto inseguro ^(2, 3).

La hemorragia postparto secundaria es una afección que se produce cuando hay una cantidad excesiva de sangrado del útero que tiene lugar entre 24 horas y 12 semanas después del parto ⁽⁴⁾. Los datos demuestran que es uno de los problemas más temidos que pueden producirse durante el embarazo. También es una de las tres principales causas de mortalidad materna, ya que representa el 25% de todas las muertes maternas en el

omundo y alrededor de un tercio en los países considerados subdesarrollados (5).

En la hemorragia postparto secundaria las causas más frecuentes son: endometritis, restos placentarios retenidos, subinvolución del lecho placentario, lesiones del canal del parto, anomalías placentarias, miomas uterinos submucosos, inversión uterina subaguda y crónica, alteraciones de la coagulación, coriocarcinoma, alteraciones vasculares: pseudoaneurisma de la arteria uterina y malformación arteriovenosa uterina (4).

Una hemorragia importante puede dar lugar a una serie de problemas, algunos de los cuales se conocen como las "cuatro T": El 70% del total incluye la atonía o inercia uterina. Además de las laceraciones del cuello uterino y la vagina, los traumatismos uterinos (incluidas la rotura y la inversión uterinas) representan el 19% de todos los casos de traumatismo. El 10% del tejido está formado por placentación aberrante, restos y coágulos placentarios residuales y otras anomalías. Trombina (1%): Incluye la coagulopatía congénita o adquirida (6).

En el contexto de la hemorragia posparto, se tienen en cuenta los restos placentarios retenidos (7). Es posible que se presente en etapas tardías del puerperio en forma de sangrado vaginal esporádico, presencia de loquios fétidos, endometritis y subinvolución uterina (8).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), es responsable del 85% de las muertes maternas en el mundo y del 99% en los países subdesarrollados. Además, una proporción significativa de las muertes maternas se produce durante los primeros siete días después del parto (3).

Además, la preeclampsia y las infecciones también son causas de mortalidad materna. No obstante, la retención de restos placentarios dificulta la retracción de los músculos uterinos, lo que provoca una pérdida de sangre muy superior a la considerada típica (7, 9).

Esto ocurre con mayor frecuencia en personas que tienen antecedentes de trastornos hipertensivos del embarazo o restricción del crecimiento intrauterino y prematuridad; en otras palabras, en situaciones que se clasifican como trastornos placentarios. Hay una serie de factores que pueden hacer que una mujer embarazada presente retención de placenta o restos placentarios. Uno de estos factores es el aumento significativo de la incidencia

de placenta retenida o restos placentarios, que puede atribuirse a factores como el parto prematuro (prematuridad), la multiparidad y, en algunos casos, el contexto de la inducción del parto ⁽¹⁰⁾.

La práctica de procedimientos inadecuados en la atención al parto también puede favorecer la retención de fragmentos de placenta, aunque en ocasiones está relacionada con una fijación defectuosa en el útero. En ese sentido, la práctica de mantener fragmentos placentarios es muy peligrosa. Los antecedentes de cesárea, legrado uterino, anomalías uterinas y retraso del crecimiento intrauterino (RCIU) son los factores de riesgo más importantes en este sentido. Estas características perjudican no sólo la salud de la madre, sino también el tiempo de hospitalización ⁽¹¹⁾.

Según el Ministerio de Salud (MINSA), de acuerdo a la Situación de Mortalidad Materna 2022 y 2023, en el 2022, el 60,7% de las mujeres que fallecieron se encontraban en el puerperio, el 33,1% estaban embarazadas y el 6,2% dando a luz. Por otro lado, en 2023, el 62,8% de las muertes se produjeron durante el puerperio, el 27,9% durante el embarazo y el 8,1% durante el parto. La hemorragia obstétrica, que supone el 61,7% de las causas directas, es la de mayor incidencia, con un 24,7%. Le siguen los trastornos hipertensivos, con 18,5%, otras causas directas, con 7,4%, el aborto, con 4,9%, y la infección obstétrica, con 3,7% ⁽¹²⁾.

Moreyra y Torres, ⁽¹³⁾ descubrieron que los restos placentarios retenidos se asociaban a características obstétricas como antecedentes de aborto, antecedentes de cesárea, parto prolongado y parto guiado. Estos factores fueron observados en el Hospital de Apoyo de Cangallo Juan Fukunaga Soyama - Ayacucho.

El número de muertes maternas que se registraron a nivel de la provincia de Huánuco desde el año 2017 hasta el año 2022 tiene una tendencia a aumentar y disminuir. En el año 2020, la tasa de crecimiento de muertes maternas fue de 150,0%, es decir seis casos más que el año 2021. Para la semana 43 se registraron tres muertes maternas, de las cuales el 66,6% (2) son directas y el 33,4% (1) son indirectas. La tasa de mortalidad materna fue de 53,8 x 100.000 nacidos vivos.

Se determinó que la causa de mortalidad materna en la provincia de Huánuco es el shock hipovolémico, que explica el 33,3% (1) de las tres

muertes maternas ocurridas en el 2023. Otros trastornos inflamatorios del cuello uterino también representaron el 33,3% (1) de las muertes y la retención de fragmentos o membranas placentarias sin hemorragia representó el 33,3% (1) de las muertes ^(1, 14).

Por esta razón, la Defensoría del Pueblo de Huánuco solicitó a la Dirección Regional de Salud (DIRESA) que refuerce el sistema de referencias entre el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari y el Hospital Regional Hermilio Valdizán, con el fin de garantizar una atención oportuna a las gestantes ⁽¹⁵⁾.

En ese marco, este estudio cobra relevancia al abordar una problemática crítica y poco visibilizada en la atención primaria: la relación entre el alumbramiento dirigido y la retención de restos placentarios. Esta complicación, vinculada a hemorragias postparto, infecciones y, en casos severos, muerte materna, continúa siendo una causa prevenible de morbilidad en contextos como el de Pano, donde el acceso a servicios especializados es limitado.

Comprender el impacto del alumbramiento dirigido en la aparición de retención de restos placentarios resulta esencial, pues fortalece las prácticas clínicas en escenarios donde los recursos son limitados. En contextos como el del Centro de Salud Pano, donde las gestantes enfrentan barreras para acceder a servicios de referencia oportunos, disponer de evidencia local permite mejorar la toma de decisiones clínicas y reducir riesgos prevenibles para la salud materna. En esa línea, conocer los tipos de alumbramiento dirigido y su relación con la retención placentaria contribuye a identificar patrones clínicos relevantes y a fortalecer las prácticas obstétricas locales. Por ello, este estudio se plantea como una respuesta a una necesidad real del primer nivel de atención, formulando como problema principal:

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es la relación entre el alumbramiento dirigido y la retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal en el Centro de Salud Pano - Huánuco, durante el año 2024?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

P₁. ¿Cuál es la frecuencia de casos de retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal con alumbramiento dirigido, atendidas en el Centro de Salud Panao - Huánuco durante el año 2024?

P₂. ¿Cuál es el tipo de alumbramiento dirigido más frecuente en los partos vaginales atendidos en el Centro de Salud Panao - Huánuco durante el año 2024?

P₃. ¿Cuáles son las características de riesgo, clínicas, demográficas y obstétricas presentes en las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco durante el año 2024?

1.3. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre el alumbramiento dirigido y la retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao de Huánuco durante el año 2024

1.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

O₁. Determinar la frecuencia de casos de retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal con alumbramiento dirigido atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco durante el año 2024.

O₂. Identificar el tipo de alumbramiento dirigido más frecuente en los partos vaginales atendidos en el Centro de Salud Panao – Huánuco durante el año 2024.

O₃. Describir las características de riesgo, clínicas posparto, demográficas y obstétricas presentes en las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco durante el año 2024.

1.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

Este estudio se sustentó en un marco teórico basado en la evidencia científica actual en obstetricia, que permitió comprender los mecanismos fisiológicos implicados en el alumbramiento dirigido y su posible implicancia en la retención de restos placentarios. La literatura científica ha señalado que intervenciones como la administración de oxitocina, el pinzamiento del cordón umbilical y el masaje uterino, si bien forman parte de protocolos establecidos, requieren una evaluación contextualizada para optimizar su aplicación clínica.

Los hallazgos teóricos obtenidos ofrecieron fundamentos relevantes para reflexionar sobre la seguridad de estos procedimientos, especialmente en contextos con recursos limitados como el Centro de Salud Panao, donde la implementación efectiva de prácticas obstétricas puede significar la diferencia entre una recuperación sin complicaciones o la aparición de eventos adversos prevenibles.

1.5.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

Desde una perspectiva práctica, este estudio brindó insumos valiosos para mejorar la calidad de atención obstétrica, particularmente en la tercera etapa del parto. Los resultados permitieron identificar características clínicas de las pacientes, complicaciones postparto asociadas y la frecuencia de retención placentaria, lo que facilitó una lectura más precisa del contexto clínico en el establecimiento de salud.

Además, los hallazgos sirvieron como base para orientar futuras capacitaciones del personal asistencial, reforzando prácticas seguras, eficaces y adaptadas a las condiciones locales. Al tratar de minimizar intervenciones invasivas innecesarias como el legrado uterino y prevenir complicaciones como hemorragias o infecciones, se favoreció una recuperación más saludable para las gestantes y una reducción de los costos sanitarios.

1.5.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

La investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, descriptivo-correlacional, de corte transversal, lo que permitió analizar las características clínicas, demográficas, obstétricas y de riesgo en pacientes de parto vaginal. Esta metodología fue adecuada para establecer la frecuencia de eventos y describir situaciones observadas en el contexto real de atención primaria.

Si bien el estudio tuvo como eje la relación entre alumbramiento dirigido y retención de restos placentarios, también se incorporó la caracterización integral de las pacientes, permitiendo un análisis más completo. Esta estrategia metodológica facilitó la identificación de patrones clínicos que podrían ser considerados en futuras investigaciones y prácticas clínicas.

1.5.4. JUSTIFICACIÓN ACADÉMICA

La investigación aportó evidencia local y actualizada sobre una problemática poco explorada en contextos rurales, como la retención de restos placentarios en partos vaginales. Su desarrollo enriquece el campo académico de la obstetricia al generar datos empíricos que pueden ser utilizados como referencia en futuras tesis, publicaciones o intervenciones formativas para profesionales de salud.

Además, el estudio contribuye al fortalecimiento del enfoque científico en la toma de decisiones clínicas, demostrando cómo la investigación aplicada puede ser una herramienta útil para mejorar la calidad de la atención materna en establecimientos de primer nivel.

1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

- Factores individuales de las pacientes, como historial obstétrico incompleto y condiciones de salud previas.
- Limitaciones en el acceso y recursos personales del investigador.
- Diferencias en la documentación y registro de casos clínicos.
- Variabilidad en el tiempo de recolección de datos.
- Dificultades en la estandarización de criterios de diagnóstico para la retención de restos placentarios.
- Influencia de factores externos como políticas de salud y disponibilidad de tecnología médica.

1.7. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Este proyecto fue viable debido a la disponibilidad de datos clínicos y la cooperación del Centro de Salud Panao, interesadas en mejorar las prácticas y el conocimiento obstétrico. La accesibilidad a recursos tecnológicos y la existencia de protocolos previos de alumbramiento dirigido facilitaron la implementación del estudio. La participación activa de profesionales de la salud a contribuir con la investigación aseguró la obtención de una muestra representativa y datos fiables. Además, el hecho de que los resultados sean pertinentes y aplicables estuvo garantizado por la asistencia de la institución, que es la Universidad de Huánuco.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Egipto (2020), Ebada et al, ⁽¹⁶⁾ **“Oxitocina intravenosa versus oxitocina intramuscular para el tratamiento de la hemorragia posparto: una revisión sistemática y un metanálisis”**, cuyo objetivo fue evaluar la eficacia de la oxitocina administrada por vía intravenosa (IV) frente a la intramuscular (IM) en la prevención de la hemorragia posparto (HPP), considerada una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna durante la tercera etapa del parto. Para ello, primero se llevó a cabo una búsqueda en seis bases de datos relevantes hasta julio de 2019, incluyendo estudios clínicos que analizaran la administración de oxitocina con ese fin. Luego, se aplicó un modelo de metanálisis utilizando el software RevMan versión 5.3, considerando variables como la pérdida de sangre, la presencia de HPP ≥ 500 ml, HPP grave ≥ 1000 ml, la necesidad de transfusión sanguínea, la variación en los niveles de hemoglobina, el uso de uterotónicos adicionales y la retención de placenta. En total, se incluyeron siete estudios con una muestra combinada de 6.996 participantes. Los resultados mostraron que la oxitocina administrada por vía intramuscular se asoció con una mayor incidencia de HPP ≥ 500 ml (riesgo relativo = 1,35; $p = 0,003$), HPP grave ≥ 1000 ml (riesgo relativo = 1,58; $p = 0,04$) y transfusión sanguínea (riesgo relativo = 2,43; $p = 0,005$). Además, la pérdida de sangre fue significativamente menor en el grupo que recibió oxitocina por vía intravenosa (DME = 0,15; $p = 0,00001$). Por otro lado, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ambas vías en cuanto a la variación de la hemoglobina (DE = -0,02; $p = 0,72$) ni en el uso de uterotónicos adicionales (riesgo relativo = 0,96; $p = 0,94$). Concluyen que la administración intravenosa de oxitocina podría ser más eficaz que la intramuscular para el manejo de la HPP, aunque señalaron la necesidad de realizar investigaciones adicionales con muestras más amplias para confirmar estos hallazgos.

Sudáfrica (2020), Kodan et al, ⁽¹⁷⁾ **“Hemorragia posparto en Surinam: un estudio descriptivo nacional de partos hospitalarios y una auditoría del manejo de casos”**, con el objetivo de identificar posibles vías para reducir la prevalencia de la HPP, se realizó un análisis descriptivo retrospectivo de todos los partos hospitalarios en Surinam durante 2017. Para ello, se utilizó un análisis de regresión logística con el fin de identificar los factores de riesgo asociados a la HPP, definida como una pérdida de sangre igual o superior a 500 mililitros. Además, se realizó una auditoría basada en criterios nacionales para evaluar el tratamiento de la HPP grave, que se define como una pérdida de sangre de al menos 1.000 mililitros o al menos 500 mililitros con hipotensión o la necesidad de tres transfusiones. Los resultados indicaron que la prevalencia de HPP y HPP grave en Surinam fue del 9,2% (n = 808/8747) y del 2,5% (n = 220/8747), respectivamente, según los hallazgos de 2017. En cuanto a las instituciones, la prevalencia de HPP varió entre el 5,8% y el 15,8%. Entre los indicadores de riesgo asociados con HPP grave se encontraron factores como ser afrodescendiente (odds ratio [ORa] granate 2,1 [IC 95%: 1,3-3,3], ORa criolla 1,8 [IC 95%: 1,1-3,0]), tener embarazos múltiples (ORa 3,4 [IC 95%: 1,7-7,1]), realizar un parto en el Hospital D (ORa 2,4 [IC 95%: 1,7-3,4]), practicar una cesárea (aOR 3,9 [IC 95%: 2,9-5,3]), presentar muerte fetal (OR 6,4 [IC 95%: 3,4-12,2]), tener un parto prematuro (OR 2,1 [IC 95%: 1,3-3,2]) y sufrir macrosomía (OR 2,8 [IC 95%: 1,5-5,0]). En cuanto a las causas de la HPP grave, la atonía uterina (46,7%, n = 102/180) y la retención de placenta (19,4%, n = 35/180) fueron los principales factores. Posteriormente, la auditoría basada en criterios mostró que las mujeres con HPP grave recibieron oxitocina preventiva en el 61,3% de los casos (n = 95/155), tratamiento con oxitocina en el 68,8% (n = 106/154) y ácido tranexámico en el 4,9% (n = 5/103). Conclusión, mediante la implementación de una gestión activa de la tercera fase del parto en cada nacimiento, el reconocimiento precoz de la pérdida de sangre, y el tratamiento oportuno con oxitocina y ácido tranexámico según las directrices nacionales, Surinam podría reducir significativamente la prevalencia de la hemorragia posparto.

Estados Unidos (2020), Patrick et al, ⁽¹⁸⁾ **“Intervención farmacológica para el tratamiento de la placenta retenida: una revisión sistemática y metanálisis de ensayos aleatorios”**, cuyo objetivo fue evaluar la eficacia de las terapias farmacológicas para el tratamiento de la placenta retenida, que ocurre entre el 2% y el 3,3% de los partos vaginales y es una de las principales causas de hemorragia posparto. Se incluyeron ensayos controlados aleatorizados, realizando búsquedas en bases de datos como PubMed, ClinicalTrials.gov, y Scopus. El resultado principal fue la necesidad de extracción física de la placenta o de dilatación y legrado. Se incluyeron 29 ensayos con un total de 2682 participantes. La oxitocina, administrada por inyección en la vena umbilical, fue el agente más utilizado, pero con notable heterogeneidad entre los estudios (82% según I2). Los resultados mostraron que la carbetocina (cociente de riesgos instantáneos: 1,61; IC 95%: 1,03-2,52) y las prostaglandinas (cociente de riesgos instantáneos: 2,63; IC 95%: 1,18-5,86) fueron más eficaces que la oxitocina para reducir la necesidad de extracción manual o dilatación y legrado. Además, el tratamiento farmacológico mostró una menor cantidad estimada de pérdida de sangre en comparación con el grupo placebo o control.

Venezuela (2020), Maiellano y Hernández, ⁽¹⁹⁾ **“Alumbramiento dirigido con oxitocina intraumbilical”**, con el objetivo de demostrar la eficacia de la distribución intraumbilical dirigida de oxitocina en la sala de partos del Hospital "Dr. José María Carabaño Tosta" en Maracay, Venezuela. El diseño de la investigación fue transversal y se realizó entre febrero y agosto de 2019. Se incluyeron 100 pacientes, divididas en dos grupos: 50 pacientes recibieron parto dirigido del extremo placentario utilizando 10 unidades internacionales de oxitocina vía vena umbilical (grupo experimental) y 50 pacientes tuvieron un parto espontáneo (grupo control). Los resultados mostraron que el grupo experimental presentó una duración media del parto de 3,52 minutos, un volumen medio de hemorragia de 112,8 ml y valores medios de hemoglobina-hematocrito de 11,01 g/dl-34,3% antes del parto y 10,7 g/dl-16,4% después del parto. Por otro lado, el grupo control tuvo un tiempo medio de parto de 13,02

minutos, una hemorragia media de 232,7 ml y valores medios de hemoglobina-hematocrito de 11,3 g/dl-34,9% antes del parto y 10,1 g/dl-31,2% después del parto. Además, el 4% del grupo control presentó hipotonía uterina y hemorragia posparto, mientras que el grupo experimental no presentó complicaciones. En conclusión, el parto intraumbilical dirigido con oxitocina demostró ser superior al parto espontáneo en términos de rapidez, menor pérdida de sangre y menor incidencia de complicaciones obstétricas ($p: 0,000$).

Suiza (2021), Franke et al, ⁽²⁰⁾ **“Placenta retenida y hemorragia posparto: el tiempo no lo es todo”**, en el que se exploró el impacto del tiempo y la etiología de la retención placentaria en la dinámica de la hemorragia posparto. El estudio fue retrospectivo y se basó en una cohorte de 296 mujeres que sufrieron retención placentaria. Se utilizó un método preciso para medir la cantidad de sangre perdida, que incluía bolsas de extracción calibradas y un análisis de la hemoglobina antes y después del parto. Los resultados mostraron que no existía una relación significativa entre la duración de la tercera fase del parto y la cantidad de pérdida de sangre o el descenso de hemoglobina. Sin embargo, se observó que una tercera fase más corta (menos de 60 minutos) se asoció con un aumento significativo de la atonía uterina ($p = 0,001$) y la necesidad de transfusión sanguínea ($p = 0,006$). Además, la atonía uterina se vinculó con una mayor pérdida de sangre, hemorragia posparto y transfusión sanguínea ($p < 0,001$). En conclusión, la duración de la tercera fase no se correlacionó con la cantidad de pérdida de sangre, y no parece haber una ventana de tiempo segura para la extracción de la placenta. La clave para manejar la hemorragia posparto radica en el diagnóstico temprano de la atonía uterina y la intervención oportuna para la extracción física de la placenta.

Italia (2021), Favilli et al, ⁽²¹⁾ **“Factores de riesgo de retención de placenta no adherente después del parto vaginal: una revisión sistemática”**, destacando que la placenta retenida es una complicación que afecta entre el 0,5% y el 3% de los partos vaginales, con implicaciones graves para la morbilidad y mortalidad maternas. El objetivo del estudio fue identificar y revisar los factores de riesgo

conocidos asociados con esta complicación. Para ello, se llevó a cabo una evaluación exhaustiva de la literatura de estudios observacionales publicados entre 1990 y 2020. En total, 35 estudios fueron incluidos en el análisis, con una prevalencia de placenta retenida entre el 0,5% y el 4,8%. Los factores de riesgo independientes más frecuentes identificados fueron la edad materna, la cesárea previa, los legrados previos, la inducción del parto y la retención de placenta previa. Otros factores como el uso previo de estroprogestina, características morfológicas de la placenta, endometriosis, técnicas de reproducción asistida y puntuación de Apgar también fueron mencionados. Sin embargo, los autores concluyen que la calidad de los datos disponibles no es suficiente para extraer conclusiones definitivas y sugieren que se necesitan estudios prospectivos bien diseñados con una definición mundialmente aceptada de placenta retenida.

Israel (2023), Cohen et al, ⁽²²⁾ **“Factores de riesgo de retención de placenta en un primer embarazo: un ensayo clínico”**, con el objetivo de identificar variables asociadas a esta complicación en primigrávidas. Se trató de un estudio retrospectivo de casos y controles realizado en un hospital terciario entre 2014 y 2020, incluyendo a 10.796 mujeres con partos vaginales únicos y con vida fetal desde las 24 semanas. De ellas, 435 (4,0%) presentaron retención de placenta. El análisis multivariable identificó nueve factores de riesgo significativos: desprendimiento placentario (ORa 3,58), trastornos hipertensivos (ORa 1,74), prematuridad <37 semanas (ORa 1,63), edad materna >30 años (ORa 1,55), fiebre intraparto (ORa 1,48), placentación lateral (ORa 1,39), uso de oxitocina (ORa 1,39), diabetes mellitus (ORa 1,35) y feto femenino (ORa 1,26). El estudio concluye que la retención de placenta en el primer parto está asociada con factores obstétricos que podrían estar vinculados a una placentación anómala.

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

San Martín (2021), Vega y Aliaga, ⁽²³⁾ **“Oxitocina intramuscular e intraumbilical en el alumbramiento dirigido en madres atendidas en el Hospital II-1 Dr. José Peña Portuguese, Tocache 2021”**, se evaluaron las variaciones en la duración del alumbramiento y la pérdida

sanguínea durante el alumbramiento dirigido con oxitocina administrada por vía intraumbilical e intramuscular. Fue un ensayo clínico prospectivo, analítico y comparativo con diseño de grupos paralelos. Se incluyeron 73 gestantes en el grupo experimental (oxitocina intraumbilical) y 91 en el grupo control (oxitocina intramuscular), atendidas entre septiembre y diciembre de 2021. En cuanto a los resultados, la edad, la media fue de 24,9 años (DE = 6,4) en el grupo intraumbilical y de 26,5 años (DE = 7,4) en el grupo intramuscular. En ambos grupos, el 50% de las gestantes tenían más de 39 semanas de gestación. Respecto a los hematocritos pre y post parto, en el grupo intraumbilical fueron de 36,8% y 35,0%, con una diferencia media de 1,78%; mientras que en el grupo intramuscular fueron de 37,4% y 33,6%, con una diferencia media de 3,78%. La duración media del alumbramiento fue de 1,46 minutos (DE = 0,78) en el grupo intraumbilical y de 4,72 minutos (DE = 1,74) en el grupo intramuscular; la mediana fue de 1,3 y 5 minutos, respectivamente. El valor U de Mann-Whitney fue de 120,5 con un valor $p < 0,0001$. En cuanto a la pérdida de sangre, el grupo intraumbilical registró una media de 132,74 ml (DE = 65,24), con una mediana de 125 ml; mientras que el grupo intramuscular tuvo una media de 317,58 ml (DE = 71,52), con una mediana de 320 ml. El valor U fue de 211,5 con $p < 0,0001$. Se concluyó que el alumbramiento dirigido con oxitocina intraumbilical reduce significativamente tanto la duración del alumbramiento como la pérdida sanguínea posparto en comparación con la administración intramuscular.

Lima (2021), Lamas y Carrasco, ⁽²⁴⁾ **“Factores clínico-epidemiológicos maternos asociados a la atonía uterina en puérperas del servicio de ginecología y obstetricia. Hospital San Bartolomé. Marzo 2019- marzo 2021”**, tuvo como objetivo conocer los parámetros clínico-epidemiológicos que se relacionan con la atonía uterina en mujeres que acaban de dar a luz, entendiendo a la atonía como un problema músculo-contráctil del útero que se manifiesta en el puerperio precoz y representa la causa principal de hemorragia posparto. Para alcanzar dicho propósito, se llevó a cabo una investigación retrospectiva con un análisis analítico de casos y controles

en una proporción 1:2, aplicando tanto un análisis bivariado como multivariado, cuyos resultados fueron procesados mediante el software estadístico SPSS versión 25.0. La recolección de datos se realizó a partir de la revisión de historias clínicas, utilizando para ello un formulario estructurado de recogida de información. Posteriormente, en cuanto a la población seleccionada, se incluyeron un total de 378 mujeres, de las cuales 126 (33,3%) presentaron atonía uterina, mientras que 252 (66,7%) no la presentaron. A partir del análisis bivariado, se identificaron varias variables que demostraron significancia estadística, destacándose el parto prolongado, el cual presentó un odds ratio (OR) de 5,416 con un intervalo de confianza del 95% (IC95%) de 3,058 a 9,594 y un valor p menor a 0,01; así como el control prenatal insuficiente, que obtuvo un OR de 1,88 (IC95%: 1,212 - 2,941; p = 0,005). Además, otras variables que también mostraron significancia estadística en el análisis bivariado fueron la paridad, con un OR de 2,084 (IC95%: 1,320 - 3,290; p = 0,002); la anemia, con un OR de 2,705 (IC95%: 1,18 - 6,198; p = 0,019); y la inducción con oxitocina, con un OR de 1,944 (IC95%: 1,171 - 3,228; p = 0,01). En el análisis multivariado, se confirmó que el parto prolongado y el control prenatal insuficiente fueron factores significativamente asociados a la atonía uterina. En cambio, la edad materna, el uso de sulfato de magnesio, el tipo de parto y la obesidad no mostraron relación estadísticamente significativa. Concluyeron que no deben ser descartadas, ya que investigaciones previas sí han evidenciado su influencia.

Ica (2022), Hernández, ⁽²⁵⁾ **“Relación entre alumbramiento incompleto y factores obstétricos en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022”**, examinó la relación entre el alumbramiento incompleto y diversos factores obstétricos en gestantes. La investigación fue de tipo observacional, retrospectiva, transversal y relacional, con un diseño no experimental y muestreo no probabilístico por conveniencia, abarcando 85 casos. Entre los hallazgos, se observó que el 54,1% de las participantes tenía antecedente de legrado uterino y el 37,6% antecedente de cesárea; además, la mayoría presentaba multiparidad entre dos y cinco hijos

(96,8%). Respecto al tipo de retención, el 71,8% presentó membranas retenidas y el 28,2% retención placentaria. El análisis estadístico evidenció una relación significativa entre el alumbramiento incompleto y los antecedentes de multiparidad ($p=0,002$), legrado uterino ($p=0,013$) y cesárea previa ($p=0,014$). En conclusión, el estudio determinó que existe una correlación significativa entre el alumbramiento incompleto y factores obstétricos específicos, lo que resalta la necesidad de considerar estos antecedentes en la atención obstétrica para prevenir complicaciones durante el parto.

2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES

Huánuco (2021), Barzola y Pozo, ⁽²⁶⁾ **“Características clínicas y obstétricas de puérperas con retención de restos placentarios atendidas en el Centro de Salud La Unión Huánuco 2021”**, tuvo como objetivo identificar las características clínicas y obstétricas de las mujeres puérperas que presentaron retención de restos placentarios. Según los resultados de la investigación descriptiva retrospectiva, se encontró que el 15,2% de las puérperas atendidas presentaron esta complicación. En cuanto a las características sociodemográficas, el 57,7% de las mujeres tenían entre 20 y 34 años, el 65,4% estaban casadas o convivían, y la mayoría (53,8%) había completado la educación secundaria. En términos ginecológicos y obstétricos, el 36,5% eran multíparas, y el 65,4% tenían un intervalo intergestacional menor o igual a 24 meses. Además, el 59,6% de las mujeres tenían antecedentes de más de seis nacimientos previos, mientras que el 13,5% había tenido cesáreas previas. Respecto a las características clínicas, el 67,3% de las mujeres presentó un parto de menos de 12 horas, y el 82,7% de los partos fueron tipo Schultze. La mayoría (53,8%) tuvo un parto patológico, y todas las mujeres tuvieron un parto dirigido. Entre las complicaciones asociadas, el 9,6% de las mujeres presentó infección urinaria, y el 7,7% sufrió hemorragia posparto. En conclusión, las mujeres con retención de restos placentarios eran principalmente jóvenes, casadas o convivientes, multíparas, con partos de menos de 12 horas y partos normales. La mayoría de ellas experimentaron complicaciones como infecciones urinarias e hipertensión posparto.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. LA PLACENTACIÓN

El proceso de placentación es un componente esencial de la reproducción humana porque permite que el bebé crezca y se desarrolle dentro del útero de la madre. Una de las características que lo definen es la extensa invasión del trofoblasto extraveloso en la decidua y el miometrio, que es esencial para que la placenta desempeñe correctamente sus funciones. Esta invasión incluye tanto la invasión intersticial del estroma como la invasión endovascular de las arterias espirales. Para adaptar el creciente flujo sanguíneo procedente de la madre a la placenta en crecimiento, es absolutamente necesaria la remodelación vascular asociada al trofoblasto ⁽²⁷⁾.

El proceso por el cual las células trofoblásticas darían origen a la placenta como órgano solitario, independiente y temporal es otra definición de este fenómeno que ha sido propuesta por otros investigadores. Debido a la circulación que se genera, su objetivo es producir un medio de unión e intercambio de oxígeno y nutrientes entre las estructuras del feto y la madre. Además, funciona como órgano endocrino y transitorio, y existen cinco tipos distintos de placentación ⁽²⁸⁾.

La placenta humana se ajusta al tipo hemocorial; para una mejor comprensión, la placentación humana se separa en dos eras, la prevellosa y la vellosa. El tipo hemocorial se produce cuando la sangre materna baña directamente el trofoblasto vellosa, sin interposición de tejido de otros tejidos ⁽²⁸⁾.

El prevelloso. Comienza en el momento de la implantación y se prolonga hasta el decimotercer día, momento en el que se divide en dos etapas: prelacunar y lacunar ⁽²⁸⁾.

Durante la etapa prelacunar, que tiene lugar entre el sexto y el noveno día, el óvulo humano de siete días y medio ha anidado en la capa compacta del endometrio. El disco embrionario se dirige hacia la sección profunda del tracto reproductor y está separado de las células deciduales de la madre por el trofoblasto blastocítico. El sincitiotrofoblasto primitivo, que consiste en una única masa citoplasmática sin límites celulares y numerosos núcleos, y el citotrofoblasto primitivo, que es una fila doble o

triple de células, son los dos tipos de trofoblastos que pueden separarse entre sí ⁽²⁸⁾.

Del noveno al decimotercer día se presenta el estadio lacunar. Es en el sincitiotrofoblasto donde se forman las lagunas ⁽²⁸⁾.

Durante el proceso de implantación, las yemas sincitiotrofoblásticas penetran en los capilares superficiales del endometrio, permitiendo que la sangre materna penetre en las lagunas que se crean. Se forma una envoltura alrededor del óvulo por la proliferación del citotrofoblasto, que, junto con el sincitio, produce la envoltura. El disco embrionario, la cavidad amniótica y el saco vitelino primordial son componentes internos de esta estructura ⁽²⁸⁾.

Desde el decimotercer día, las trabéculas sincitiales, encargadas de separar las lagunas lacunares, forman parte de la fase velocítica. A medida que avanzan en esta fase, se colocan en un patrón radiado alrededor del corion, y las células citotrofoblásticas las perforan, dando lugar a la formación de las vellosidades primarias ⁽²⁸⁾.

Placentación anormal

Existe una correlación entre la placentación anormal, que incluye la placenta accreta, increta y percreta, y las dificultades importantes que pueden surgir durante el embarazo. Aunque la ecografía prenatal es una herramienta importante para la identificación de estas enfermedades, la evaluación de su precisión se ve dificultada por la gran variedad de terminología y diseños de investigación que se utilizan en la actualidad. La pérdida de la zona clara y la presencia de arterias en puente son señales ecográficas típicas en la placenta accreta, mientras que la hipervascularidad subplacentaria es más frecuente en la placenta increta y percreta. Otros indicadores ecográficos son la existencia de vasos en puente ⁽²⁹⁾.

Por otro lado, hay problemas que pueden surgir durante el embarazo y que están relacionados con una mala placentación profunda. Estas dificultades incluyen la preeclampsia, la restricción del crecimiento intrauterino y el parto prematuro. Para estudiar estas cuestiones, a menudo se realizan biopsias guiadas del lecho placentario. Además, se han sugerido criterios para categorizar la placentación

defectuosa en función del grado de remodelado limitado y de la existencia de lesiones obstructivas en las arterias espirales ⁽³⁰⁾.

Por otra parte, la placentación en los embarazos múltiples tiene una influencia sustancial en el desarrollo del feto, así como en los resultados posteriores para el recién nacido. Durante el proceso de desarrollo, las placentas gemelares suelen chocar entre sí, lo que podría limitar su crecimiento y aumentar la probabilidad de placenta previa. Las anastomosis vasculares en gemelos monocoriónicos tienen el potencial de dar lugar al síndrome de transfusión fetofetal, una enfermedad peligrosa que puede provocar una prematuridad grave y discordancia física ⁽³¹⁾.

2.2.2. LA PLACENTA

Se trata de un órgano altamente especializado que está presente durante todo el embarazo y desempeña un papel importante para garantizar que el bebé siga creciendo y desarrollándose con normalidad. Según Mossman, la placenta se define como la aposición o fusión de las membranas fetales a la mucosa uterina con el fin de facilitar el intercambio de información fisiológica ⁽³²⁾. A lo largo del embarazo, este órgano efímero sirve de contacto activo entre la madre y el feto, permitiendo así el intercambio de productos de desecho y nutrientes.

La placenta es un órgano altamente especializado que puede encontrarse en las mujeres embarazadas. Su función principal es garantizar que el bebé siga creciendo y desarrollándose con normalidad. El desarrollo y la función de la placenta se controlan y coordinan cuidadosamente para garantizar que la transferencia de nutrientes y productos de desecho entre los sistemas circulatorios de la madre y el feto se produzca con la mayor eficacia posible. Dentro de las vellosidades coriónicas, que son las unidades funcionales primarias de la placenta, la sangre fetal está aislada de la materna en el espacio intervilloso por sólo tres o cuatro capas de células (la membrana placentaria). Esta separación se produce cuando la placenta aún está en proceso de desarrollo. Tras la implantación, las células trofoblásticas experimentan un proceso de proliferación y diferenciación a lo largo de dos rutas distintas, que se denominan vellositaria y extravellositaria. Las

células sincitiotrofoblásticas multinucleadas, responsables de la formación de la capa epitelial externa de las vellosidades coriónicas, se forman cuando las células citotrofoblásticas vellosas no migratorias pueden fusionarse. Cuando se trata del intercambio de información fetal y materna, la mayor parte tiene lugar en las ramas terminales de las vellosidades coriónicas. Para reconstruir las arterias uterinas, las células trofoblásticas extravelosas se desplazan hasta la decidua y se someten a este proceso ⁽³³⁾.

Gracias a ello, la sangre puede fluir más fácilmente hacia la placenta a través de arterias que están dilatadas y son flexibles, y estas venas no reaccionan al control vasomotor de la madre. La placenta se encarga de eliminar el dióxido de carbono y otros desechos del cuerpo, al tiempo que suministra oxígeno y nutrientes al bebé. Interviene en el metabolismo de diversas sustancias y tiene el potencial de verter productos metabólicos en la sangre de la madre y/o del feto. La placenta tiene la capacidad de proteger al bebé en desarrollo de diversos compuestos xenobióticos, infecciones y trastornos que afectan a la madre. Además, provoca la liberación de hormonas en la sangre de la madre y del feto, que pueden tener efectos sobre el embarazo, el metabolismo, el desarrollo fetal, el parto y otras actividades. A lo largo del embarazo, la placenta experimenta multitud de cambios funcionales que son consecuencia de las crecientes necesidades metabólicas del feto en desarrollo ⁽³³⁾.

Situada en el punto donde se unen los lechos vasculares materno y fetal, la placenta es responsable de mediar en el intercambio de nutrientes y desechos necesarios para que el feto pueda sobrevivir dentro del útero materno. Las células placentarias, también conocidas como trofoblastos, son responsables de este proceso porque invaden y alteran la vasculatura uterina. Aunque proceden del feto, los trofoblastos no provocan una respuesta inmunológica fuerte por parte de la madre. Se trata de un hallazgo sorprendente. Además, son capaces de mantener la hemostasia en esta interfaz particularmente vascular en un estado altamente fiable ⁽³⁴⁾.

Una de las características de la placenta humana es que es un órgano discoide que tiene una interacción hemocorial con la madre. Esto significa que el trofoblasto que recubre las vellosidades está en contacto directo con la sangre procedente de la madre. La ubicación de la placenta dentro del útero y su contacto con el endometrio influyen en la forma de la placenta, que puede variar sustancialmente ⁽³⁵⁾. Aunque la placenta puede tener un diámetro de 15-20 centímetros y un grosor de 2-3 centímetros en su región más gruesa, las dimensiones de la placenta pueden variar de una persona a otra ⁽³⁶⁾.

Además, tiene dos caras: la cara de la madre y la cara del feto. La decidua basal es el componente que constituye la cara materna, que está en contacto con el endometrio del útero en su mayor parte. La membrana amniótica recubre el lado fetal, que es también donde se encuentran los vasos sanguíneos del feto durante todo el embarazo ^(35, 36).

Por otro lado, las vellosidades coriónicas, que son las unidades funcionales primarias de la placenta, están sumergidas en los espacios sanguíneos de la madre, lo que permite el intercambio de gases y nutrientes ^(33, 37).

Funciones de la placenta

La placenta realiza una serie de tareas fundamentales para el crecimiento del feto y la salud de la madre. Además de sus funciones como órgano respiratorio, nutritivo y excretor, facilita el suministro de oxígeno y nutrientes al bebé en desarrollo, al tiempo que elimina el dióxido de carbono y otros productos de desecho ⁽³⁷⁾. Además, la placenta es un órgano endocrino esencial responsable de la liberación de hormonas en la circulación tanto de la madre como del feto. Estas hormonas tienen diferentes efectos sobre el embarazo, el metabolismo, el desarrollo fetal y el parto ^(33, 38). Además, desempeña una función protectora, ya que protege al feto en desarrollo de los efectos nocivos de algunos compuestos xenobióticos, infecciones y trastornos que afectan a la madre ⁽³³⁾.

Por otra parte, la placenta también es un componente esencial en el proceso de programación fetal que tiene lugar antes del nacimiento.

Este proceso repercute en la salud y el desarrollo del feto a largo plazo. Además, la placenta tiene el potencial de proporcionar información útil sobre la salud prenatal y posibles problemas, como la preeclampsia y la restricción del crecimiento fetal ^(39, 40).

2.2.3. MEMBRANAS OVULARES

A lo largo del embarazo, las membranas ovulares desempeñan un papel crucial en el crecimiento del feto, así como en su protección.

- Amnios

Además de encerrar al feto, el amnios es la membrana más interna encargada de contener el líquido amniótico. Esta membrana está formada por una capa de células epiteliales que presentan microvellosidades en su superficie apical. Estas microvellosidades facilitan el movimiento de las sustancias entre las células. Otra característica del amnios es que es avascular, lo que significa que no tiene vasos sanguíneos propios y se sustenta gracias al corion ⁽⁴¹⁾.

- Corion

Además de su función de soporte estructural, el corion es la membrana que se encuentra directamente fuera del amnios. Los componentes de esta estructura son una capa de citotrofoblastos y una capa de sincitiotrofoblastos. A pesar de ser avascular, el corion es el órgano responsable de la formación de la placenta. También es el órgano que favorece el intercambio de nutrientes y desechos entre la madre y el feto a través de sus vías intercelulares ⁽⁴¹⁾.

- Decidua

Parte del endometrio materno modificado, la decidua es la capa más externa de las membranas ováricas. También es un componente de los tejidos ováricos. Esta membrana altamente vascularizada es un componente esencial en el proceso de implantación del embrión, así como en la nutrición del feto en desarrollo. El hecho de que las células deciduales estén estructuradas en un patrón perivascular y contengan un gran número de vesículas pinocíticas sugiere un alto grado de actividad en la absorción y secreción de sustancias ⁽⁴¹⁾.

De qué se encargan las membranas ovulares

- Seguridad, protección y soporte frente a daños

Además de evitar que el feto se exponga a tensiones mecánicas y a infecciones, también sirven de barrera física. Además, estas membranas facilitan el intercambio de gases, nutrientes y productos de desecho entre la madre y el bebé, un proceso crucial para el crecimiento del feto durante el embarazo ⁽⁴²⁾.

- Regulación inmunológica

El amnios y el corion desempeñan otra función en el control del sistema inmunitario durante el embarazo. Las sustancias inmunorreguladoras que se incluyen en el interior de estas membranas ayudan a evitar que el sistema inmunitario rechace al feto por parte del cuerpo de la madre. La interacción inmunológica entre la madre y el feto no sólo tiene lugar a nivel placentario, sino también en las regiones donde el amnios y el corion entran en contacto con la decidua ⁽⁴²⁾.

2.2.4. DINÁMICA DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO

El líquido amniótico, que se encuentra dentro del amnios, es un componente esencial para el desarrollo del feto. La movilidad del feto es posible gracias a este líquido, que también lo protege de los golpes y contribuye a mantener una temperatura constante. La dinámica del líquido amniótico se ve afectada no sólo por las actividades del feto (deglución y excreción de orina), sino también por el intercambio que se produce a través de las membranas de los ovarios. La fase inicial del transporte de líquido es el paso transamniótico, al que sigue la circulación de líquido a través de los canales intercelulares del corion y la decidua ⁽⁴¹⁾.

2.2.5. PARTO Y RUPTURA DE MEMBRANAS

Las membranas ovulares son responsables del inicio del parto, que es una parte importante del proceso de trabajo de parto. El aumento de la síntesis de prostaglandinas en el amnios y la decidua es uno de los factores que contribuyen a la contractilidad uterina y la maduración cervical que se producen durante el embarazo. Hay varias causas que pueden provocar la rotura prematura de las membranas, entre ellas factores mecánicos o infecciosos. Esto puede dar lugar a problemas como la corioamnionitis, que es una infección del líquido amniótico que

puede provocar sepsis en el recién nacido y otras dificultades postnatales ^(42, 43).

El parto

Durante las últimas fases del embarazo, el bebé y la placenta son extraídos del útero mediante un proceso fisiológico conocido como parto. El parto se describe como el momento culminante del embarazo con la evacuación del bebé y la placenta del útero materno, que suele tener lugar entre las semanas 37 y 42 de gestación del embarazo, según indica la Organización Mundial de la Salud (OMS). Para este proceso son posibles tanto procesos espontáneos como inducidos y, en algunos casos, pueden ser necesarios tratamientos médicos ⁽⁴⁴⁾.

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) ha propuesto una nueva clasificación del embarazo a término. Según esta clasificación, los embarazos de entre 37 semanas 0/7 días y 38 semanas 6/7 días se denominan embarazos precoces. Los embarazos de entre 39 semanas 0/7 días y 40 semanas 6/7 días se consideran embarazos a término. Los embarazos de entre 41 semanas 0/7 días y 41 semanas 6/7 días se consideran a término, y los de entre 42 semanas 0 días y más, post término ⁽⁴⁵⁾.

Su fisiología

Durante el parto tienen lugar una serie de procesos neurohormonales y físicos que hacen posible el nacimiento del bebé. Uno de los componentes más importantes de este proceso es la liberación de oxitocina endógena, que no sólo regula los aspectos fisiológicos del parto, sino que también influye en las experiencias psicológicas que vive la madre. La oxitocina interviene en la coordinación de los elementos neuroendocrinos, psicológicos y fisiológicos del trabajo, por lo que reduce las sensaciones de ansiedad, temor y dolor. Además, el uso de los cuidados continuos de una comadrona durante todo el parto tiene el potencial de mejorar estos procesos neuroendocrinos, incluso en presencia de intervenciones médicas ⁽⁴⁶⁾.

Desde este punto de vista, el parto humano se define por la rotación del feto y la aparición del recién nacido en una postura que suele estar de espaldas a la madre. A pesar de que se piensa que estos rasgos son

indicadores de dificultades en el parto, se trata de adaptaciones evolutivas que facilitan el parto mediante la pelvis bípeda. Es posible que no exista un «mecanismo normal» de parto, sino más bien una amplia gama de mecanismos posibles, como demuestra el hecho de que los procesos de parto pueden variar significativamente ⁽⁴⁷⁾.

Mecanismos del Parto

Varios elementos anatómicos y fisiológicos interactúan entre sí para formar los procesos que subyacen a la dinámica del parto. La rotación del feto y la posición del recién nacido en el momento del parto son dos características importantes que desempeñan un papel significativo a la hora de facilitar el movimiento del feto a través del canal del parto. La anatomía de la pelvis humana, que se ha desarrollado para la bipedestación, se ha considerado una adaptación necesaria, y se ha entendido que estos procesos encajan dentro de esa estructura. Por otra parte, el hecho de que los mecanismos del parto no sean uniformemente coherentes implica que estos procesos pueden haber sido diferentes en el pasado y seguir siéndolo ahora ⁽⁴⁷⁾.

Además, incluyen una serie de movimientos y modificaciones del feto destinados a facilitar su paso por el canal del parto. El encajamiento, el descenso, la flexión, la rotación interna, la extensión, la rotación externa y la expulsión son ejemplos de movimientos cardinales. Estos movimientos se denominan movimientos cardinales. Cada uno de estos movimientos es necesario para que el bebé se adapte a la curvatura del canal del parto y atraviese la pelvis materna con el menor riesgo probable de daño tanto para el feto como para la madre ⁽⁴⁸⁾.

A lo largo del proceso de trabajo de parto y parto, la atención

- Se recomienda que las mujeres reciban una atención respetuosa de la maternidad, que se define como la atención que se organiza y se presta a todas las mujeres de manera que se preserve su dignidad, intimidad y confidencialidad, se garantice su integridad física y un trato adecuado, y se les permita tomar decisiones informadas y recibir apoyo continuo mientras están de parto.

- Se aconseja que, para lograr una comunicación eficaz entre los proveedores y las parturientas, se utilicen formas básicas que sean culturalmente apropiadas.
- Se aconseja que la mujer haga los arreglos necesarios para que una persona de su elección la acompañe durante el proceso de trabajo de parto y parto.
- Se sugieren modelos de continuidad asistencial impulsados por las matronas para las mujeres embarazadas en situaciones en las que se dispone de programas de partería eficaces. Estos modelos incluyen una matrona conocida o un pequeño grupo de matronas conocidas que prestan asistencia a la mujer a lo largo de la atención prenatal, posnatal y del parto ⁽⁴⁴⁾.

2.2.6. CONTRACCIÓN UTERINA

Es la actividad contráctil del miometrio, que es la capa muscular del útero y desempeña un papel importante tanto en el proceso del embarazo como en el parto ^(49, 50), en este sentido, el músculo del útero, como todos los tejidos formados por fibras musculares, tiene una fase de contracción y otra de relajación. Decimos que una mujer embarazada está experimentando una contracción cuando el músculo uterino se contrae, y la tensión de su vientre transmite el mensaje de que está experimentando una contracción. En cada fase del parto, es necesario evaluar la fuerza, la frecuencia y la duración de las contracciones uterinas que se experimentan ⁽⁵⁾.

Aspectos característicos de la contracción uterina

- La presión más baja que se mide en el período de tiempo entre dos contracciones se denomina tono. El tono puede alcanzar valores de hasta 7 mmHg durante el período preparto, entre 8 y 12 mmHg durante el trabajo de parto y hasta 13 mmHg durante el posparto temprano.
- Se utiliza un solo dígito para describir la frecuencia, que es el número de contracciones que se registran en un periodo de diez minutos. Entre el inicio del parto y su finalización, puede variar entre tres y cinco.
- Duración: La cantidad de tiempo que comienza al principio y continúa hasta el final de la operación; suele durar entre treinta y noventa segundos.

- La intensidad es la diferencia entre la presión máxima que puede alcanzar la contracción y el tono.
- Intervalo: Es decir, la cantidad de tiempo que transcurre entre dos contracciones diferentes.
- Contractilidad uterina, se utiliza para explicar la relación entre el número de veces que se produce una contracción y la intensidad con que se produce ⁽⁵⁾.

Fisiología de la contracción uterina

En el ámbito de las contracciones musculares fisiológicas, las contracciones del músculo liso uterino que se producen durante el parto son extraordinarias e insoportables. No es posible determinar con absoluta certeza cuál es la causa del dolor; no obstante, se han propuesto algunas hipótesis:

1. La hipoxia del miometrio que se ha contraído, como se observa en algunos casos de angina de pecho.
2. La contracción de los haces musculares entrecruzados hace que los ganglios nerviosos del cuello uterino y de la parte inferior del útero se compriman debido a la compresión.
3. El cuello uterino se estira durante el proceso de dilatación.
4. El peritoneo se estira a través del fondo uterino en este procedimiento ^(5, 51, 52).

Una idea especialmente intrigante es que la contracción del miometrio provoca la compresión de los ganglios nerviosos del cuello uterino y del segmento uterino inferior. Cuando se realiza con anestesia local, la infiltración paracervical casi siempre da lugar a una reducción considerable de las molestias experimentadas durante las contracciones. El control extrauterino no es necesario para las contracciones uterinas, ya que son involuntarias y, en su mayor parte, independientes de él ^(5, 51, 52).

Hay una serie de animales, incluido el ser humano, que experimentan un aumento de la actividad uterina cuando se estira mecánicamente el cuello del útero. En el mundo de la psicología, este fenómeno se conoce como reflejo de Ferguson. No está claro cuál es el proceso exacto; se ha planteado la hipótesis de la liberación de oxitocina,

pero no se ha demostrado. La manipulación del cuello uterino y la separación de las membranas fetales van seguidas de un aumento de la contracción sanguínea del metabolito prostaglandina F_{2α}. El tiempo que transcurre entre las contracciones se reduce rápidamente, pasando de unos diez minutos al principio de la primera fase del parto a tan sólo un minuto o menos en la segunda fase. A pesar de ello, es necesario para el bienestar del feto tener momentos de relajación entre las contracciones ^(5, 51, 52).

2.2.7. TRABAJO DE PARTO

Es el proceso fisiológico que provoca la evacuación del feto del útero al mundo exterior. Este proceso se conoce como parto. El patrón de contractilidad miometrial experimenta una transición de contracciones irregulares (actividad de baja frecuencia y larga duración) a contracciones regulares (actividad de alta intensidad y alta frecuencia). Este proceso se caracteriza por un aumento de la actividad miometrial o, más exactamente, por un cambio en el patrón de contractilidad miometrial. El borramiento y la dilatación del cuello uterino son los efectos consecuentes de esta alteración. Existe una asociación dependiente del tiempo entre los cambios bioquímicos que se producen en el tejido conjuntivo del cuello uterino y que suelen ocurrir antes de las contracciones uterinas y la dilatación cervical. Esta relación está presente en el trabajo de parto normal ⁽⁵³⁾.

El proceso se divide en tres fases distintas que garantizan la continuidad de la atención clínica. Estas fases se denominan dilatación, expulsión y alumbramiento ⁽⁵⁾.

1. Período de dilatación

En la primera fase del parto, que se conoce como periodo de dilatación, hay dos etapas separadas entre sí: la fase latente y la fase activa. La fase latente se distingue por la presencia de contracciones uterinas que provocan un borramiento progresivo del cuello uterino y una dilatación cervical de hasta 5-6 centímetros durante el transcurso de la fase. Cuando la dilatación cervical alcanza los 5-6 cm, comienza la fase activa. Esta fase se distingue por un aumento del ritmo de dilatación y se caracteriza por un ritmo de dilatación más rápido. Al comienzo de la fase

activa, un ritmo de dilatación inferior a un centímetro cada cuatro horas se considera anormal. Del mismo modo, un ritmo inferior a un centímetro cada dos horas se considera anormal cuando la dilatación supera los siete centímetros ⁽⁵⁴⁾.

Existen dos métodos de actuación de las contracciones uterinas:

- Tracción directa de las paredes cervicales: Cuando el cuerpo uterino se contrae, ejerce una fuerza de tracción sobre el segmento inferior, que tiene una capacidad limitada de contracción. Esta contracción, a su vez, ejerce una fuerza de tracción sobre el cuello uterino, que contiene algunos componentes musculares que adquieren una disposición vertical ⁽⁵⁾.
- El aumento de la presión intrauterina, provocado por la contracción, es lo que hace que el líquido amniótico se concentre en la porción inferior del producto. Esto se debe a que el líquido amniótico es forzado hacia abajo. El desplazamiento de las membranas sobre las paredes uterinas es posible gracias a la distensibilidad de la membrana, así como a la tracción de las paredes uterinas, lo que da lugar a la formación de la bolsa de líquido. Esta bolsa de agua funciona como una cuña y, con cada contracción, se adentra más y más en el cuello uterino, lo que facilita la dilatación del cuello uterino, que a su vez permite que se produzcan los procesos descritos anteriormente. Debido a su laxitud, los ligamentos redondos no ejercen esta función, aunque es importante cuando existe 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. Esto se debe a que los ligamentos redondos son elásticos. Se ha determinado que no es necesario un anclaje específico del útero durante el parto, y que lo más significativo es la textura del útero y su capacidad de contracción. Hoy se ha llegado a esta conclusión ⁽⁵⁾.

Si se rompe la bolsa de aguas, la propia presentación fetal actuará directamente sobre el cuello uterino, lo que contribuirá a su dilatación. Esto es así independientemente de las circunstancias ⁽⁵⁾.

2. Período de expulsión

La segunda etapa del parto se denomina fase de expulsión, y comienza cuando la dilatación cervical es completa (diez centímetros), y continúa hasta que el bebé está en el canal del parto. En este punto del proceso, el bebé es desplazado a través del canal del parto y fuera del útero por la combinación de las contracciones uterinas y los esfuerzos de la madre por empujar. En general, se acepta que el balance riesgo-beneficio se vuelve menos favorable más allá de las tres horas de duración, a pesar de que la bibliografía no da un consejo concreto sobre la duración máxima de esta fase ⁽⁵⁴⁾.

En las primíparas, esta fase puede prolongarse hasta sesenta minutos, mientras que en las multíparas puede durar hasta treinta minutos, siempre que el estado del feto sea anormal ⁽⁵⁾.

3. Período de alumbramiento

Es la tercera y última etapa del parto, que comienza inmediatamente después del alumbramiento del bebé y concluye con la evacuación de la placenta y las membranas fetales. Esta fase del parto comienza inmediatamente después de que nazca el bebé. En la mayoría de los casos, este procedimiento tiene lugar en los primeros treinta minutos tras el parto. Dado que ayuda al desprendimiento y la expulsión efectiva de la placenta, la contracción adecuada del útero en esta fase es esencial para la prevención de la hemorragia posparto ⁽⁵³⁾.

De forma similar, también puede describirse como el tiempo transcurrido desde que el feto ha abandonado el útero hasta que el anexo ovárico (que incluye la placenta, el cordón umbilical, las membranas y una parte de la decidua) ha sido expulsado por completo. El parto dirigido, el parto espontáneo y el parto manual son los tres tipos distintos de parto. Además, existen algunos otros procesos de parto; el mecanismo más importante es la contracción y retracción del útero una vez que el feto ha sido expulsado del cuerpo ⁽⁵⁾.

- El bebé recibe una transfusión de sangre por razones fisiológicas.
- Se producen el desprendimiento, el descenso y la expulsión de la placenta.
- En el lugar donde se introduce la placenta, es importante evitar hemorragias y mantener en buen estado la tonicidad del órgano.

El tiempo corporal es el tiempo durante el cual toda la placenta está contenida dentro del cuerpo uterino. Esto da lugar a contracciones totalmente registradas e indoloras a pesar de su tremenda fuerza. Esto se debe a que las contracciones no inducen distensión ni isquemia prolongada. A medida que la placenta se desplaza por el canal del parto, el efecto de las contracciones sobre la presión ejercida sobre la placenta empieza a disminuir ⁽⁵⁾.

Se considera que menos de quince minutos es el tiempo corporal habitual, mientras que el tiempo corporal se prolonga cuando la expulsión de la placenta tiene lugar entre los quince y los treinta minutos. En caso de que el parto no se produzca en los quince minutos siguientes, se considera que la placenta está retenida. En el noventa por ciento de los casos, la placenta se expulsa en menos de quince minutos; sin embargo, si tarda más de quince minutos, debe considerarse anormal, y se cree que la extracción física de la placenta es la medida más recomendable ⁽⁵⁾.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), a continuación, se presentan algunas recomendaciones para el alumbramiento

- Se aconseja el uso de uterotónicos en todos los partos para evitar la hemorragia posparto (HPP) durante el procedimiento quirúrgico.
- La oxitocina, administrada por vía intramuscular o intravenosa a una dosis de 10 unidades internacionales, es el medicamento uterotónico que se sugiere para la prevención de la hemorragia posparto (HPP) ⁽⁴⁴⁾.
- Se aconseja que en situaciones en las que no se pueda acceder a la oxitocina, se ofrezcan como alternativas otros uterotónicos inyectables, como ergometrina/metilergometrina o politerapia fija de oxitocina y ergometrina, o misoprostol oral (600 µg) ⁽⁴⁴⁾.
- Para obtener los mejores resultados posibles en términos de salud y nutrición tanto para la madre como para el bebé, se aconseja pinzar el cordón umbilical en un momento posterior (no menos de un minuto después del parto) ⁽⁴⁴⁾.
- La técnica de tracción controlada del cordón umbilical (TCC) se aconseja para los partos vaginales en entornos en los que se disponga

de parteras competentes. Esta técnica se utiliza en situaciones en las que la parturienta y el profesional sanitario consideran beneficiosa una pequeña disminución de la pérdida de sangre y una ligera reducción de la duración del parto ⁽⁴⁴⁾.

- No se sugiere el uso del masaje uterino sostenido como estrategia preventiva contra la hemorragia posparto (HPP) en mujeres a las que se ha administrado oxitocina como medida preventiva ⁽⁴⁴⁾.

Fases del alumbramiento

- El desprendimiento de la placenta.
- La caída de la placenta.
- La salida de la placenta, así como de las membranas del ovario.

1. Desprendimiento de la placenta

La capa compacta del útero queda unida a las vellosidades de los cotiledones como consecuencia de la contractilidad uterina y la retracción del útero, lo que provoca una disminución de la superficie de implantación y el desgarro de la decidua a nivel de la capa esponjosa, que es la capa con menor tensión. Es posible llevar a cabo este proceso con dos métodos diferentes ^(55, 56).

- El mecanismo de Baudeloque-Schultze es el que se encuentra en el setenta por ciento de los casos y se cree que es el más frecuente. A medida que avanza, el desprendimiento se hace más grande y crea una inversión de la placenta; por lo tanto, se evacua presentando su lado fetal. Se caracteriza por el desprendimiento de la placenta por su centro, lo que da lugar a la formación de un hematoma retroplacentario a través de la apertura de las arterias uteroplacentarias ^(55, 56).
- Este proceso se conoce como mecanismo Baudeloque-Duncan. El desprendimiento se produce lateralmente y comienza en el borde inferior. La presión uterina completa la operación hasta permitir la evacuación de la placenta por el lado materno. Hay presencia de este mecanismo en el treinta por ciento de los caso ^(55, 56).

A. Signos de desprendimiento

Tras la salida del feto, el útero mantiene su actividad contráctil, lo que le permite adaptarse a la placenta. Como resultado, el fondo uterino alcanza el nivel del ombligo, que se encuentra a unos dos o tres

centímetros por debajo de él. Se observa que hay un cambio en su forma, ubicación y consistencia. La consistencia del útero cambia según el momento de la exploración; es firme durante las contracciones y elástica durante las pausas ^(5, 56).

- El signo de Schroeder se caracteriza porque el útero se hace más globoso y se eleva por encima del ombligo, con una modesta lateralización hacia el flanco derecho. Esto ocurre cuando la placenta se aleja del útero ^(5, 56).
- Indicios de pérdida de sangre: El mecanismo de separación determina si habrá o no pérdida de sangre a lo largo del proceso de parto. La técnica de Baudeloque Duncan implica la excreción de una cantidad variable de sangre, mientras que el mecanismo de Schultze implica la acumulación de una cantidad definida de sangre entre la placenta y el útero, que luego se expulsa junto con la placenta. Existe la posibilidad de que la placenta se desprenda del canal del parto, que es el único indicio que puede considerarse seguro de que la placenta se ha desprendido del abdomen. La reducción del tamaño del útero y el aumento de su angulación son los signos típicos que muestran mayor certeza ^(5, 56).

2. Descenso de la placenta

Se producen por las contracciones del útero, así como por la gravedad del propio peso del cuerpo. Baudeloque-Schultze predice que el lado fetal descenderá primero, mientras que Baudeloque-Duncan predice que el lado materno descendería primero. Esto viene determinado por el proceso de desprendimiento. Tanto la vagina como el canal cérvico-segmentario se ensanchan como consecuencia del curso ^(5, 56).

A. Signos de descenso

Cuando la placenta alcanza el segmento inferior, provoca su distensión, lo que a su vez hace que el fondo uterino se lateralice y ascienda hasta su punto más alto ^(5, 56).

- El signo de Ahlfeld es un método que consiste en colocar una pinza de Kocher sobre el cordón a nivel de la vulva. Al hacerlo, podemos

observar cómo la placenta se aleja de su ubicación original a medida que desciende.

- Signo de Kustner negativo: Agarrando el cordón umbilical con una mano y moviendo la otra hacia arriba, situado en la región hipogástrica (segmento inferior), al ejercer presión sobre el cuerpo uterino, el cordón umbilical asciende como consecuencia de la maniobra si la placenta aún no ha descendido. Así se realiza el signo de Kustner negativo.
- Signo de Kustner positivo: Si el cordón umbilical no se mueve, es un indicio de que la placenta ha descendido con éxito.
- Signo de Strassman negativo: Este signo se observa cuando la mano que sujeta el cordón umbilical recibe la propagación de los movimientos del fondo uterino. Esto indica que el útero, la placenta y el cordón constituyen un sistema que no tiene solución de continuidad. En consecuencia, se determina que la placenta no ha descendido completamente.
- Si no hay propagación de trepidaciones de los movimientos del fondo uterino, se trata de un signo de Strassman positivo, que indica que se está produciendo el descenso de la placenta.
- Signo de Fabre: Si se sacude suavemente el cordón umbilical con una mano, no pasará al cuerpo uterino ni a la mano que se pone sobre el vientre ^(5, 56).

3. Expulsión de la placenta y membranas ovulares

Esto se puede lograr por sí solo en un período de tiempo que a veces puede ser bastante largo; esta es la razón por la que es ayudado por el médico; sin embargo, la cantidad de empuje que se produce es lo que define si la placenta ha sido expulsada por sí sola o no ^(5, 57).

A. Signos de expulsión

- Una señal de que el fondo uterino ha alcanzado su descenso más profundo es cuando la placenta entra en la vagina. Este es el punto en el que el útero ha alcanzado su descenso más profundo. El fondo uterino se encuentra entre cinco y seis centímetros por debajo del ombligo ^(5, 57).

- La retracción uterina lleva a las fibras musculares a inducir una vasoconstricción, lo que confiere al útero una consistencia leñosa. Esta es la indicación del balón de seguridad que desarrolló Pinard ^(5, 57).

2.2.8. MANEJO ACTIVO DEL ALUMBRAMIENTO

Se considera que el manejo activo del parto es la opción terapéutica que consiste en una serie de medidas destinadas a acelerar la evacuación de la placenta aumentando el número de contracciones uterinas. Entre estas intervenciones se incluyen las siguientes:

- En el primer minuto tras el nacimiento del bebé, se realiza la administración de útero tónico.
- Se tira del cordón umbilical de forma controlada.
- Masaje del útero ⁽¹¹⁾.

Durante la tercera fase del parto, se utiliza no sólo como método, sino también para disminuir la probabilidad de que se produzca una hemorragia posparto (HPP). Para ayudar a la expulsión de la placenta, este método implica la inyección profiláctica de un uterotónico, el pinzamiento precoz del cordón umbilical y la tracción controlada del cordón. La selección del uterotónico difiere de un país a otro y puede afectar a los resultados para las madres ^(58, 59).

Tipos de alumbramiento

- a) En el caso del alumbramiento dirigido y/o activo, el uso de oxitócicos durante esta etapa del trabajo de parto se denomina trabajo de parto activo. Además, se administran 10 unidades internacionales de oxitocina inyectable en el momento del nacimiento del feto único o del último feto ⁽¹¹⁾.
- b) Alumbramiento espontáneo: La separación de la placenta se produce por la influencia de las contracciones uterinas durante el parto, sin la intervención del profesional, que adopta una conducta esperable ante los indicadores clínicos de desprendimiento. Este tipo de parto es uno de los más frecuentes ⁽¹¹⁾.
- c) Alumbramiento manual: El obstetra interviene para controlar la hemorragia intraparto provocada por la retención de placenta y/o restos placentarios, así como para evitar la muerte de la madre. En el parto espontáneo, está indicada cuando la placenta es retenida por

más de treinta minutos después del parto; en el parto dirigido o activo, está indicada cuando la placenta es retenida por más de quince minutos ⁽¹¹⁾.

Por otro lado, cuando hablamos de parto dirigido, nos referimos a intervenciones como:

- La administración de un medicamento uterotónico.
- La compresión controlada del cordón umbilical.
- Tras la expulsión de la placenta, se realiza un masaje uterino.

A. Uso de uterotónicos en la administración

En cuanto a la administración, descubrimos la oxitocina, que es la más común por su alto nivel de eficacia. Sin embargo, se recomienda su uso ya que comienza a actuar dos o tres minutos después de la inyección, tiene escasos efectos adversos y puede utilizarse en todas las mujeres ⁽⁶⁰⁾.

La oxitocina es una hormona producida por el núcleo paraventricular del hipotálamo. A continuación, los axones de las neuronas hipotalámicas la transportan hasta sus terminaciones en la sección posterior de la hipófisis (a menudo denominada neurohipófisis), donde se almacena. La succión, la estimulación vaginal y la distensión cervical son los principales estímulos que provocan la liberación de oxitocina en la circulación. La reacción de Ferguson es el nombre que recibe el último de estos estímulos ⁽⁶⁰⁾.

A nivel plasmático, existen varias peptidasas que se encargan de degradar la hormona. Una de estas enzimas se denomina oxitocinasa (cistina aminopeptidasa), y es la responsable de romper el enlace entre la homocistina en posición 1 y la tirosina en posición 2. Esto rompe el enlace, lo que a su vez provoca la muerte de la hormona. Esto rompe el enlace, lo que a su vez destruye la estructura cíclica y la actividad biológica de la hormona. La oxitocina circula en forma de péptido libre y es metabolizada por el hígado y los riñones. El sincitio del trofoblasto es responsable de la producción de esta oxitocinasa a nivel placentario. Es uno de los factores que pueden contribuir a la corta vida media de la oxitocina, que oscila entre tres y cinco minutos ⁽⁶⁰⁾.

Es esencial tener en cuenta que la sensibilidad del miometrio a la oxitocina cambia a lo largo de la gestación. Así, el útero es relativamente insensible a esta hormona en las primeras fases del embarazo, pero aumenta gradualmente a medida que éste avanza. Se cree que la sensibilidad del útero a la oxitocina se debe a un aumento significativo del número de receptores intracitoplasmáticos para la oxitocina, así como a un aumento de las uniones ocluyentes entre células (puentes de unión) ⁽⁶⁰⁾.

Protocolos de utilización de la oxitocina

- Los efectos de la administración intravenosa se alcanzan rápidamente, en pocos minutos y alrededor de treinta a sesenta minutos. Como consecuencia, se alcanza la estabilidad plasmática. Por otra parte, si se interrumpe la administración de la sustancia, el efecto desaparece también en diez minutos ^(5, 61, 62).
- Su modo de acción se realiza a través de receptores de membrana, lo que provoca un rápido aumento de las concentraciones de calcio intracelular. Esto, a su vez, estimula el sistema de segundos mensajeros, que a su vez activa el músculo liso, presumiblemente a través del proceso de hidrólisis de fosfoinosítidos.
- En comparación con los primeros trimestres del embarazo, la reacción a la oxitocina es mayor cuando el embarazo llega a término. Esto se debe a que la disponibilidad de la concentración de receptores es mayor durante el parto.
- Se ha demostrado que esta hormona tiene un bajo nivel de acción cuando se aplica al cuello uterino que aún está en desarrollo. Por ello, la respuesta a la actividad de la oxitocina viene determinada por una serie de parámetros, como la edad gestacional de la madre y el desarrollo cervical del feto ^(5, 61, 62).
- Para su administración se sugiere el uso de una bomba de infusión y la disolución de la sustancia, idealmente en una solución salina isotónica ^(5, 61, 62).
- Existe una variedad de protocolos que pueden ser utilizados para su utilización, incluyendo la forma aritmética y geométrica. En la primera, se inicia con 1 UI, 2 UI y otras dosis, mientras que en la segunda, se

inicia con un crecimiento exponencial cada 40 a 60 minutos (se duplica la dosis) ^(5, 61, 62).

- Para evitar un proceso de saturación de los receptores y una falta de respuesta a la oxitocina (down regulation), se recomienda duplicar la cantidad de oxitocina hasta 8 unidades internacionales (UI) en este momento. Después, la dosis debe aumentarse de 1 a 2 UI cada minuto. En nuestro centro se utiliza la técnica geométrica hasta 8 UI, después de lo cual se utiliza el método aritmético para completar el cálculo ^(5, 61, 62).
- Tras la preparación y después de ocho horas, la venoclisis se desnaturaliza y pierde su eficacia. Lo mismo ocurre con las grandes dosis que se mantienen en 10 UI o más, lo que puede provocar una falta de respuesta en muchos casos ^(5, 61, 62).
- Es esencial tener en cuenta la monitorización de la dinámica uterina y la frecuencia vital forzada (FCF), idealmente mediante monitorización mientras se administra la oxitocina. La dosis efectiva máxima que puede tolerar el feto es de diez unidades internacionales. Se aconseja administrar grandes dosis de oxitocina en soluciones muy concentradas debido a las diversas consecuencias que podrían causar la hiperestimulación uterina, la rotura uterina, el sufrimiento fetal y la mortalidad fetal. La oxitocina comienza a tener una fuerte acción antidiurética a dosis de 44 unidades internacionales (UI) ^(5, 61, 62).

B. Tracción del Cordón Umbilical

La tracción controlada del cordón umbilical, también conocida como TCC, es un método que se utiliza durante la tercera fase del parto. Esta técnica consiste en ejercer tracción sobre el cordón umbilical después de que el útero de la mujer se haya contraído tras el parto y se perciba que la placenta se ha desprendido de la pared uterina. El útero se somete a una contrapresión por debajo del hueso púbico durante el transcurso de esta intervención, que continúa hasta que la placenta es forzada a salir del cuerpo. Este enfoque es un componente de la gestión activa de la tercera fase del parto (AMTSL), que es un método sugerido actualmente por el Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y Atención (NICE) ^(63, 64, 65).

C. Masaje uterino puerperal

El objetivo del masaje uterino puerperal es reducir el riesgo de hemorragia posparto (HPP), que es un tipo de sangrado que se produce después del parto. Esto se consigue mediante una intervención física que favorece la contracción del útero. El fondo del útero se masajea a través de la pared abdominal durante este tratamiento, que tiene lugar poco después del parto y durante el periodo posparto temprano. Al ejercer una presión fuerte y rítmica sobre el útero, el masaje uterino se realiza con la intención de ayudar al útero a contraerse y liberar los restos de placenta o coágulos sanguíneos que pueda haber. Los datos muestran que el masaje uterino no disminuye sustancialmente el riesgo de hemorragia posparto grave (HPP), pero puede tener un impacto moderado en la reducción de la pérdida de sangre. Y ello a pesar de que el masaje uterino es un tratamiento terapéutico muy popular ⁽⁶⁶⁾.

El masaje uterino se realiza a intervalos regulares de quince minutos durante las dos primeras horas del embarazo. Es esencial para garantizar la correcta retracción del útero y la normalidad de los loquios ⁽⁵⁾.

2.2.9. COMPLICACION PUERPERAL

Designa cualquier anomalía o dificultad que se produzca durante el puerperio, en particular en relación con la evacuación de la placenta y las membranas ováricas. Además de hemorragias, infecciones y otras enfermedades que pueden poner en peligro la salud de la madre, estas complicaciones pueden incluir retención de placenta, retención de las membranas ováricas y otras dificultades. Es uno de los problemas más frecuentes que puede dar lugar a síntomas vagos y anomalías ecográficas, lo que puede dificultar el diagnóstico y el tratamiento. La retención de productos de la concepción es una de las complicaciones más frecuentes ^(21, 67).

A. Retención placentaria

Padecer esta afección significa ser incapaz de evacuar la placenta en su totalidad o en parte tras el parto. La retención total es aquella en la que la placenta no se expulsa en absoluto, mientras que la retención parcial es aquella en la que sólo una parte de la placenta permanece en

el útero. Ambas condiciones se clasifican respectivamente. Según Favili et al, ⁽⁶⁷⁾ la placenta retenida se produce entre el 0,5% y el 3% de todos los partos vaginales y es una fuente importante de morbilidad y mortalidad entre las madres.

Diagnóstico

Además del uso de la ultrasonografía, se fundamenta en el examen clínico. Utilizando la escala de grises y las características Doppler, la ecografía puede ayudar a identificar la existencia de productos de la concepción retenidos. Esto permite clasificar a las pacientes en grupos con una probabilidad alta, moderada o baja de retención tras la ecografía. Esta categorización facilita la estratificación del riesgo individual y la provisión de consejos de manejo apropiados ⁽⁶⁸⁾.

De acuerdo con las directrices proporcionadas por Rivera et al, ⁽⁶⁹⁾ el diagnóstico de esta afección se determina tras una inspección física de la cavidad uterina o mediante el uso de métodos ultrasonográficos en ausencia de evacuación espontánea de la placenta treinta minutos después del nacimiento del neonato. Debido al hecho de que a menudo se producen hemorragias después del nacimiento, la extracción física de la placenta debe realizarse con considerable precaución.

Manejo

- Es necesario extraer la vejiga.
- Realizar un tacto vaginal para localizar la placenta e identificar su posición física.
- El método Brandt-Andrews se utiliza para extraer la placenta en caso de que haya indicios de desprendimiento placentario. Para ello, se eleva el fondo uterino con una mano sobre el abdomen y se mantiene la tracción del cordón con la otra.
- En los casos en que la placenta no ha sido extraída, se recomienda suministrar 50 cc de CINA 9‰ junto con 20 unidades de oxitocina en la vena umbilical.
- Si no hay evidencias de separación y no hay hemorragia, se debe sospechar de acretismo placentario y enviar a la paciente rápidamente a un hospital que disponga de FONE y de doble vía intravenosa instalada.

- La extracción manual de la placenta debe realizarse si el personal profesional está instruido, la paciente tiene placenta retenida con hemorragia vaginal grave y el lugar de derivación está a más de dos horas de distancia para la paciente ⁽¹¹⁾.

Cuadro Clínico

La hemorragia posparto, las molestias estomacales, la fiebre y los indicios de infección son síntomas posibles de esta afección. En muchos casos, los síntomas pueden no ser precisos, lo que dificulta el diagnóstico. Si no se trata, la retención de productos de la concepción puede provocar complicaciones como hemorragias, infecciones y adherencias en el interior del útero.

Por otro lado, la extracción manual de la placenta es otra opción que puede explorarse. Este tratamiento es un procedimiento de emergencia que realiza el médico para controlar la hemorragia intraparto causada por la placenta retenida y evitar la muerte de la madre ⁽⁶⁸⁾. En el Perú, la causa más frecuente de mortalidad materna por hemorragia es la retención de placenta ⁽⁷⁰⁾.

La placenta cuya expulsión continúa por más de treinta minutos después del parto es un buen indicador de esta condición. En el contexto del manejo activo del parto, la retención de la placenta por un período de tiempo mayor a quince minutos después del parto ⁽⁶⁸⁾.

Contraindicaciones

- El Acretismo de la placenta
- La ausencia de formación suficiente para llevar a cabo el método ⁽¹¹⁾.

Las condiciones necesarias para la extracción física de la placenta

- Un consentimiento informado. En el caso de que la paciente no pueda dar su permiso debido a la gravedad de su enfermedad y no haya ningún miembro de su familia presente, el tratamiento se llevará a cabo de acuerdo con la legislación ⁽¹¹⁾.
- Historial clínico
- Un hemograma, un hematocrito, un grupo sanguíneo y un factor Rh son ejemplos de pruebas de laboratorio.
- Una vía permeable y un catéter intravenoso número 18.
- Expertos bien formados ⁽¹¹⁾.

El proceso incluye lo siguiente:

- Colocar dos vías intravenosas con 9 pulgadas de cloruro sódico y añadir 10 unidades internacionales de oxitocina a una de las vías.
- Administrar un antibiótico preventivo (dos gramos de ampicilina por vía intravenosa en una sola dosis).
- Aplicar procedimientos que garanticen la bioseguridad.
- Extracción total de la vejiga, idealmente mediante micción o sondaje vesical.
- Para inducir una contracción, se debe frotar un poco el útero.
- Para localizar la placenta, es necesario realizar un tacto vaginal.
- (Técnica Brands Andrews) Para intentar extraer la placenta, primero hay que agarrar el útero y, a continuación, poner una mano encima de la sínfisis púbica y empujar hacia dentro. Procura no tirar demasiado fuerte. Informa a la familia de que tendrás que realizar la operación de extracción manual de la placenta si el intento de extracción no tiene éxito. Continúe con el siguiente paso ⁽¹¹⁾.
- Debe administrarse sedoanalgesia. (1 ampolla intramuscular o 10 miligramos de diazepam, 2,5 miligramos de midazolam, 0,5 miligramos de atropina, 50 miligramos de petidina o 1 ampolla intramuscular de ketorolaco).
- Protéjase hasta la zona del codo utilizando guantes estériles.
- La zona vulvo perineal debe tratarse con una solución antiséptica de acuerdo con el procedimiento.
- Preparar campos estériles para su uso.
- Para determinar si la placenta está o no a ese nivel, se coloca una mano sobre la vagina. A continuación, se introduce el cordón en la cavidad uterina con la mano izquierda y se desliza en la cavidad uterina con la mano derecha. En caso de que el cuello uterino sólo esté parcialmente cerrado, puede utilizar la mano como cuña para expandirlo mientras aplica contrapresión con la mano izquierda ⁽¹¹⁾.
- Para ello, desliza los dedos de la mano entre la pared del útero y el borde de la placenta. Con la palma de la mano por delante de la placenta, realiza un movimiento de tijera de lado a lado para separar cuidadosamente la placenta del útero. Una vez que la placenta se ha

desprendido y ya está en la palma de la mano, utiliza la otra mano para crear una contracción y, a continuación, tira con cuidado de la placenta. Para retirar las membranas, es necesario hacerlo lentamente y con precaución ⁽¹¹⁾.

- Realiza un masaje uterino que combine presión interna y externa.
 - A un ritmo de sesenta gotas por minuto, añadir veinte unidades internacionales de oxitocina al cloruro de sodio.
 - En caso de que la placenta esté incompleta, es necesario hacer un legrado puerperal y examinarla.
 - Anota los detalles, incluida una estimación de la cantidad de sangre que ha caído.
 - Prestar mucha atención a la madre, sobre todo a las hemorragias vaginales.
 - Continuar la terapia con antibióticos.
 - Tener en cuenta el riesgo de acretismo placentario y proceder con la terapia quirúrgica, que puede incluir laparotomía para histerectomía completa o subtotal, si la placenta retenida sigue presente.
- Ilustraciones del procedimiento: extracción manual de la placenta ⁽¹¹⁾.

B. Retención de membranas ovulares

Se denomina así a la presencia persistente de trozos de las membranas que envuelven al feto en el útero después del parto. A diferencia de la placenta retenida, esta afección es diferente y tiene el potencial de provocar endometritis posparto, que es una infección del revestimiento del útero ⁽⁶⁷⁾.

Diagnóstico

La evaluación clínica y la ecografía son otros dos métodos que pueden utilizarse para diagnosticar la retención de membranas ováricas. La presencia de trozos de membranas retenidas en el útero puede detectarse mediante ecografía, que ayuda a confirmar el diagnóstico y a planificar la terapia necesaria ⁽⁶⁷⁾.

Tratamiento

En situaciones en las que existe un alto riesgo de retención basado en la ecografía, puede ser necesaria la extirpación quirúrgica del contenido del útero en caso de retención de placenta, así como de

retención de membranas ováricas. Se aconseja realizar un seguimiento ecográfico al final de la fase puerperal (42 días) en mujeres clínicamente estables y con hallazgos ecográficos de probabilidad moderada. Esto se hace para mejorar la predicción ecográfica y evitar realizar procedimientos innecesarios. Se ha demostrado que la profilaxis antibiótica no disminuye la incidencia de endometritis en el caso de las membranas ováricas, por lo que se aconseja educar a las mujeres sobre los signos y síntomas de infección.

En este sentido, 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 se requiera, y la paciente en posición ginecológica, se coloca un espéculo y/o válvulas y se pinza el labio anterior. Hay ocasiones en las que la dilatación cervical es todo lo que se requiere para completar con éxito el procedimiento de la cureta. Cuando no es así, se realiza una dilatación artificial. Se recomienda utilizar un histerómetro para investigar el útero y conocer sus características. Se trata de un método que nos ayuda a orientarnos en cuanto a la dirección y longitud del canal cervical, al tiempo que garantiza que siempre se atraviese el orificio de la cavidad uterina. Para cubrir la cara anterior, la cureta se lleva primero al fondo uterino y luego se retrae hacia el cuello. A continuación, la cureta se utiliza para cubrir la cara posterior, los márgenes y los ángulos uterinos.

Las consecuencias de la destrucción excesiva de la mucosa en superficie y en profundidad se denominan sinequias de la cavidad, determinando amenorrea o esterilidad secundaria, por falta de recuperación de la mucosa, debido a la destrucción de la capa basal por legrado demasiado fuerte, también puede causar complicaciones graves posteriores, como predisposición a placenta previa y accidentes en el parto por adherencias anormales de la placenta en partos posteriores ^(5, 68).

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

Alumbramiento normal: Es la fase final del parto en la que, tras el nacimiento del bebé, se produce la expulsión de la placenta y las membranas

fetales del útero materno. Este proceso, que suele ocurrir de manera espontánea dentro de los primeros 30 minutos postparto, es crucial para prevenir hemorragias y asegurar la completa recuperación del útero ⁽⁷¹⁾.

Restos placentarios: Se refieren a fragmentos de la placenta que permanecen adheridos al útero después del parto. Esta condición puede provocar hemorragias posparto y aumentar el riesgo de infecciones, complicando la recuperación postnatal ⁽⁸⁾.

Parto vaginal: Es el proceso natural mediante el cual el feto es expulsado del útero a través del canal del parto. Este tipo de parto es generalmente el método más seguro tanto para la madre como para el bebé cuando se lleva a término entre las 37 y 42 semanas de gestación ⁽⁷²⁾.

Cesárea: Intervención quirúrgica que implica la realización de una incisión en el abdomen y el útero de la madre para extraer al bebé. Este procedimiento se emplea cuando el parto vaginal presenta riesgos significativos para la madre o el feto. Aunque es una operación común y segura, la cesárea conlleva riesgos asociados a cualquier cirugía mayor, como infecciones, hemorragias y complicaciones en futuros embarazos ⁽⁷³⁾.

Patología placentaria: Abarca una variedad de trastornos que afectan la placenta durante el embarazo, incluyendo la retención de la placenta, placenta previa, desprendimiento prematuro de la placenta y anomalías de inserción placentaria. Estos trastornos pueden causar complicaciones graves como hemorragias, insuficiencia fetal y parto prematuro, requiriendo una vigilancia y manejo especializado para asegurar la salud materno-fetal ^(74, 75).

Membranas ovulares: Están compuestas por el amnios y el corion, rodean y protegen al feto durante el embarazo. Estas membranas contienen el líquido amniótico, que proporciona un entorno seguro y estéril para el desarrollo fetal. La ruptura prematura de las membranas puede desencadenar el inicio del trabajo de parto y aumentar el riesgo de infecciones, lo que requiere una gestión cuidadosa para minimizar riesgos ⁽⁷⁶⁾.

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

Hi: Existe relación entre el alumbramiento dirigido y la retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal en el Centro de Salud Panao de Huánuco, durante el año 2024

Ho: No existe relación entre el alumbramiento dirigido y la retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal en el Centro de Salud Panao de Huánuco, durante el año 2024

2.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

No se consideraron hipótesis específicas, debido a que son variables de caracterización, para este apartado (son descriptivas simples)

2.5. VARIABLES

2.5.1. VARIABLE DE SUPERVISIÓN

Retención de restos placentarios

2.5.2. VARIABLE DE RELACIÓN

Alumbramiento dirigido

2.5.3. VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN

Características generales de las pacientes, dentro de ello se consideró:

- Características de riesgo
- Características clínicas posparto (expresada en complicaciones)
- Características demográficas
- Características obstétricas

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Variable de supervisión							
Retención de restos placentarios	Es la permanencia de fragmentos placentarios en el útero tras el parto, lo que puede causar hemorragias y complicaciones infecciosas.	Diagnóstico registrado en la historia clínica que indique la presencia de fragmentos placentarios no expulsados tras el alumbramiento, confirmada por examen clínico, ecografía o necesidad de intervención como legrado.	Patológica	Diagnóstico de restos placentarios	a) Si b) No	Nominal	Ficha de recolección de datos
Variable de relación							
Alumbramiento dirigido	Intervención médica activa durante el tercer período del parto para asegurar la expulsión completa de la placenta mediante el uso de medicamentos como la oxitocina y técnicas específicas.	Práctica médica anotada en la historia clínica que incluye la administración de oxitocina y masaje uterino durante la tercera etapa del parto	Postparto	Tipo de alumbramiento dirigido	a) Oxitocina b) Oxitocina + Masaje uterino	Nominal	Ficha de recolección de datos
Variable de caracterización							
Características generales	Son datos estadísticos de la población, que se utilizan para analizar y entender patrones de salud.	Datos registrados en la historia clínica relacionados con las características de riesgo, complicaciones postparto. aspectos demográficos y obstétricos.	De riesgo	Antecedente de legrado uterino	a) Si b) No	Nominal	Ficha de recolección de datos
				Antecedente de aborto	a) Si b) No	Nominal	
				Antecedente de cesárea	a) Si b) No	Nominal	
				Adherencia anormal de la placenta	a) Si b) No	Nominal	

	Complicación clínica posparto	Óbito fetal	a) Si b) No	Nominal	Ficha de recolección de datos
		Hemorragia posparto	a) Si b) No	Nominal	
		Endometritis	a) Si b) No	Nominal	
Demográfica	Edad		a) 14 – 19 años b) 20 – 35 años c) 36 años a más	Ordinal	Ficha de recolección de datos
	Grado de instrucción		a) Sin instrucción b) Estudios primarios c) Estudios secundarios d) Superior no universitario e) Superior universitario	Ordinal	
	Estado civil		a) Soltera b) Casada c) Conviviente	Nominal	
	Ocupación		a) Ama de casa b) Trabajadora independiente c) Trabajadora dependiente	Nominal	
Obstétrica	Paridad		a) Nulípara (0 partos) b) Primípara (1 parto) c) Secundípara (2 partos) d) Multípara (3 a 5 partos) e) Gran multípara (> 6 partos)	Discreta	Ficha de recolección de datos

Periodo intergenésico (PIG)	a) Sin PIG b) Corto (< 24 meses) c) Normal (24 a 48 meses) d) Largo (> 48 meses)	Discreta
Duración del parto	a) Precipitado (< 3 horas) b) Normal (4 a 12 horas) c) Prolongado (> 12 horas)	Nominal
Modalidad del alumbramiento	a) Schultz b) Duncan	Nominal

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Observacional porque se limitó a observar y recolectar datos sobre el alumbramiento dirigido y la retención de restos placentarios sin intervenir directamente en el proceso de parto, en este caso, solo se recolectaron datos ya detallados en las historias clínicas. Esto permitió obtener información real y sin sesgos de intervención ⁽⁷⁷⁾.

Retrospectivo, lo que significa que se identificó a las participantes sobre el análisis de la historias clínicas sobre los eventos de interés (alumbramiento y retención de restos placentarios) ⁽⁷⁸⁾.

El proyecto fue transversal porque se recolectaron los datos en un solo punto en el tiempo ^(79, 80)

3.1.1. ENFOQUE

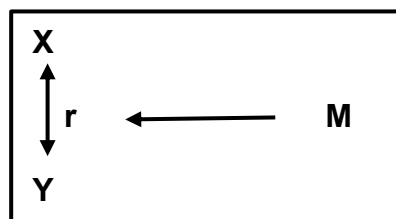
Cuantitativo porque se utilizaron métodos estadísticos para analizar los datos recolectados, permitiendo medir y comparar variables de manera objetiva y precisa, y obtener resultados generalizables ⁽⁸¹⁾.

3.1.2. ALCANCE O NIVEL

Relacional, buscó entender si existe un vínculo entre ambos fenómenos, es decir, si el modo en que se manejó el alumbramiento pudo estar asociado con la presencia o no de restos placentarios retenidos ⁽⁷⁸⁾.

3.1.3. DISEÑO

Correlacional, como se muestra a continuación:



Donde:

- M (Muestra de pacientes con diagnóstico de parto vaginal)
- X (Variable de relación, **alumbramiento dirigido**)
- Y (Variable de supervisión, **retención de restos placentarios**)

- r (coeficiente de correlación)

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

Dentro de la población, estuvieron conformadas por 118 pacientes de parto vaginal, atendidas en el Centro de Salud de Pano de Huánuco, durante el año 2024

3.2.1.1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

a) Criterios de inclusión

- Usuaris puérperas en general
- De las puérperas, se tendrán en cuenta las historias clínicas que estén rellenas de manera completa y sin borrones
- Usuaris cuyo parto tuvo una terminación vía vaginal
- Gestantes de todas las edades
- Usuaris atendidas en el Centro de Salud de Pano, Huánuco
- Usuaris atendidas durante los meses de enero a octubre del 2024

b) Criterios de exclusión

- Usuaris gestantes
- Usuaris cuyo parto tuvo una terminación vía cesárea
- Gestantes con comorbilidades
- Usuaris que no fueron atendidas en el Centro de Salud de Pano, Huánuco

3.2.2. MUESTRA

Unidad de análisis: Mujeres puérperas en general que fueron atendidas en el Centro de Salud Pano durante el período del estudio, a partir del análisis documental de sus historias clínicas.

Unidad de muestreo: Coincide con la unidad de análisis, es decir, las puérperas atendidas en el Centro de Salud Pano que forman parte del registro de historias clínicas durante el periodo de estudio.

Marco muestral: Lista de mujeres puérperas que se atendieron en el Centro de Salud Pano, cuya información se encuentra registrada en las historias clínicas y que se les practicó un parto vaginal.

Tipo de muestreo: Probabilístico aleatorio simple. Este enfoque garantizó que cada mujer puérpera tuviera la misma posibilidad de ser

incluida en la muestra, lo que permitió que el proceso fuera equitativo y sin sesgos.

Para determinar el número de participantes en la muestra, se utilizó una fórmula específica para poblaciones pequeñas.

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2(N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Dónde:

n: El tamaño de la muestra que queremos calcular

N: Tamaño de la población, que es 118

Z: Nivel de confianza 95% (Z=1,96)

e: Es el margen de error máximo que admito (5%)

p: Ocurrencia positiva (0.5)

q: Ocurrencia negativa (1 - 0.5 = 0.5)

Q: Error (100-Z) %, calculando: (100 – 95 = 5%), valor final (0.05)

Remplazando:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2(N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.5 * 0.5 * 118}{(0.05)^2 (118 - 1) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.5 * 0.5 * 118}{(0.05)^2 (117) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = 90.4519$$

En este estudio, la muestra consistió de 90 historias clínicas de puérperas que, para representarlos se siguió la secuencia del criterio inclusivo.

3.3. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Mediante la revisión de documentos (historias clínicas), por ende, se realizó un análisis documental de las historias clínicas.

3.3.2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Ficha de recolección de datos que, para las variables de correlación, este instrumento estuvo conformado por dimensiones:

1. Dimensión 1: Retención de restos placentarios (1 ítem)
2. Dimensión 2: Alumbramiento dirigido (1 ítem)

Para las variables de caracterización, se creó una tercera dimensión o también llamada características generales de las púerperas:

- Características de riesgo (4 ítems)
- Características clínicas (que fueron las complicaciones postparto) con 3 ítems
- Características demográficas (4 ítems)
- Características obstétricas (4 ítems)

3.3.3. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

El instrumento de recogida de datos se sometió a validación mediante el juicio de expertos para evaluar la pertinencia, suficiencia, claridad, validez, objetividad, estrategia, coherencia y estructura escrita de los ítems. Para ello se solicitó la participación de expertos, cuyas aportaciones confirmaron la aplicabilidad inmediata del instrumento. Observaron que las preguntas son coherentes con el tema propuesto, donde estaban formuladas con claridad y las consideraron aplicables. En general, los jueces expertos llegaron al consenso de que su decisión es satisfactoria y se ajusta a los objetivos del investigador (ver anexo 3)

3.3.4. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El estudio empleará los siguientes procedimientos:

- Inicialmente, la propuesta de estudio fue presentada a las autoridades pertinentes de la Facultad de Obstetricia de la Universidad de Huánuco para su evaluación y aprobación, luego de las revisiones necesarias para atender las observaciones realizadas sobre su contenido.
- Después de la aceptación de la propuesta de estudio, se remitió una solicitud formal al director del Centro de Salud Panao con el propósito de solicitar la autorización a los directivos de dicho establecimiento de salud, para la recolección de datos.

- Previamente a la recogida de datos, se llevó a cabo un exhaustivo proceso de validación de contenido y validación cuantitativa del instrumento examinado.
- Los instrumentos de recogida de datos se emplearon en la investigación mediante la aplicación de un calendario programado.
- Las fichas de recolección de datos se almacenaron de forma segura.

3.3.5. PARA LA PRESENTACIÓN DE DATOS

En cuanto a la presentación de los datos se consideraron las siguientes fases:

- Un examen exhaustivo de los datos, incorporando medidas de gestión de la calidad de los datos, para facilitar la identificación y aplicación de las modificaciones necesarias.
- El proceso de codificación de los datos consistió en asignar etiquetas o categorías a los datos para facilitar su análisis e interpretación. Los datos se codificaron en códigos numéricos basados en las respuestas previstas esbozadas en el instrumento, de acuerdo con las variables del estudio.
- En la categorización de los datos. La metodología empleada en este estudio se basó en la clasificación de las variables y sus correspondientes escalas de medición.
- Los datos se organizaron y mostraron en tablas académicas en función de las características examinadas.

3.4. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para el procesamiento de la información se tuvo en cuenta las siguientes etapas:

3.4.1. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Los resultados iniciales se procesaron manualmente creando una base de datos de códigos numéricos. A continuación, esta base de datos se transfirió a una hoja de cálculo en el programa Excel 2021, donde se realizaron cálculos matemáticos para cada dimensión identificada. Posteriormente, se realizó el procesamiento estadístico utilizando el programa estadístico IBM SPSS Versión 27 para Windows. Los resultados se presentaron además en tablas y gráficos académicos

basados en las dimensiones examinadas en el estudio. Este proceso permitió el análisis y la interpretación de cada tabla de acuerdo con el marco teórico y las variables.

3.4.2. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Para comenzar con el tratamiento de la información recolectada, se realizó un análisis descriptivo. Este paso consistió en organizar y resumir los datos mediante frecuencias y porcentajes, lo cual facilitó visualizar de manera clara cómo se distribuyen las características principales de las pacientes, como el tipo de alumbramiento recibido y la presencia o no de restos placentarios. La información se presentó en tablas y gráficos, permitiendo una comprensión más rápida y visual de los resultados.

Luego, se pasó a un análisis relacional, con el propósito de explorar si existía algún tipo de vínculo o asociación entre el alumbramiento dirigido y la retención de restos placentarios. Para ello, se utilizó la prueba estadística no paramétrica de Fisher, una herramienta que permite comparar si las diferencias observadas entre los grupos tienen o no significancia desde el punto de vista estadístico. Se trabajó con un nivel de significancia del 5% ($p < 0.05$), lo que significa que, si se encontraba una diferencia con menos del 5% de probabilidad de que haya ocurrido por azar, entonces se consideraba significativa. Esta prueba permitió poner a prueba la hipótesis del estudio y dar una respuesta objetiva sobre la posible relación entre ambas variables.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS DESCRIPTIVOS

4.1.1. DE LAS CARACTERÍSTICAS GENERALES

A. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Tabla 1. Edad de las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024

CARACTERÍSTICA DEMOGRÁFICA	Puerperas (n = 90)	
	fi	%
Edad		
14 a 19 años	22	24.4
20 a 35 años	53	58.9
36 años a más	15	16.7
Total	90	100.0

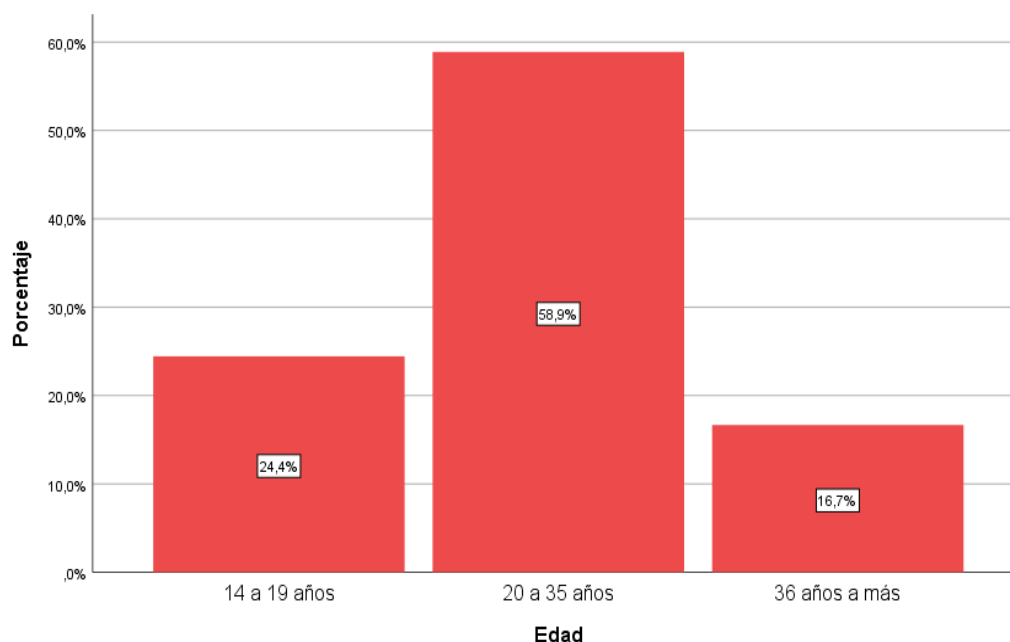


Figura 1. Edad de las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024

Análisis e interpretación de los datos

Se observa que la mayoría de las pacientes 58.9% (n=53) se encuentran entre los 20 y 35 años, lo que coincide con la etapa reproductiva más activa. El 24.4% (n=22) corresponde a adolescentes entre 14 y 19 años, un grupo vulnerable que requiere atención diferenciada por los riesgos obstétricos asociados. Además, el 16.7% (n=15) son mujeres de 36 años o más, cuya edad avanzada puede asociarse a mayores complicaciones durante el parto.

Tabla 2. Grado de instrucción de las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024

CARACTERÍSTICA DEMOGRÁFICA	Puerperas (n = 90)	
	fi	%
Grado de instrucción		
Sin instrucción	20	22.5
Estudios primarios	45	50.0
Estudios secundarios	19	21.1
Superior no universitario	4	4.4
Superior universitario	2	2.2
Total	90	100.0

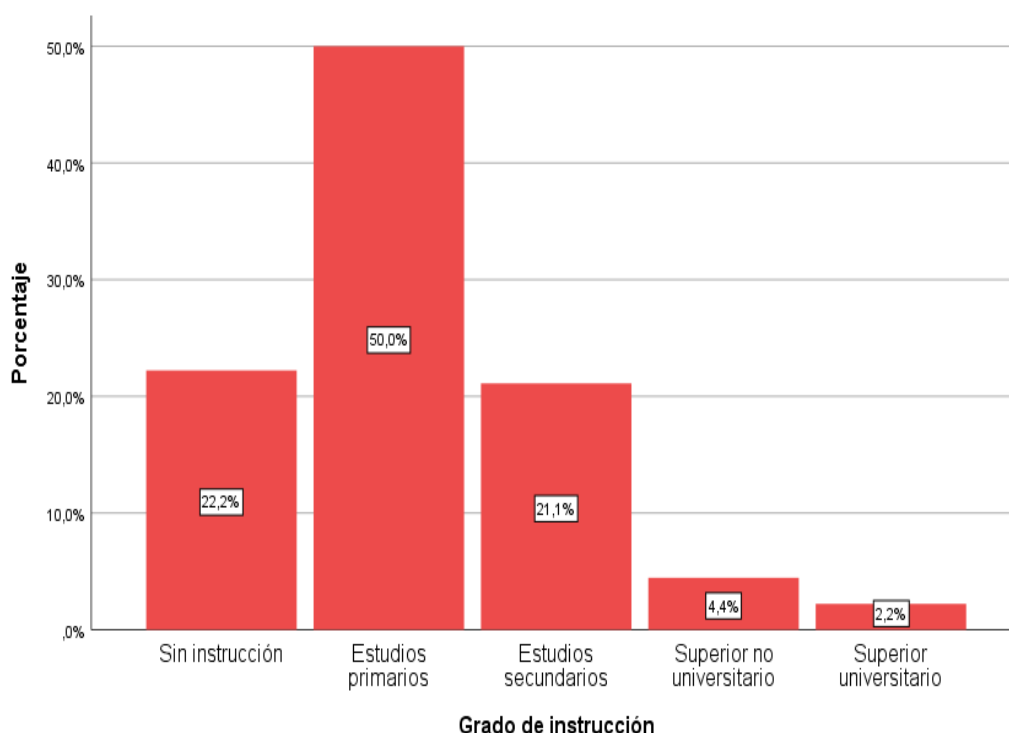


Figura 2. Grado de instrucción de las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024

Análisis e interpretación de los datos

En cuanto al grado de instrucción, se advierte un predominio notable de mujeres con formación educativa limitada. La mitad de ellas (50%, n=45) solo alcanzó estudios primarios, y un 22.5% (n=20) no tuvo ningún tipo de instrucción formal. Este dato nos revela una realidad educativa preocupante. Llama la atención que solo un pequeño grupo logró culminar estudios secundarios (21.1%, n=19), mientras que el acceso a la educación superior fue mínimo, representando apenas el 6.6% (n=6) entre estudios universitarios y técnicos, los que podría dificultar la comprensión en la identificación oportuna de complicaciones posparto.

Tabla 3. Estado civil de las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024

CARACTERÍSTICA DEMOGRÁFICA	Puerperas (n = 90)	
	fi	%
Estado civil		
Soltera	22	24.4
Casada	21	23.3
Conviviente	47	52.2
Total	90	100.0

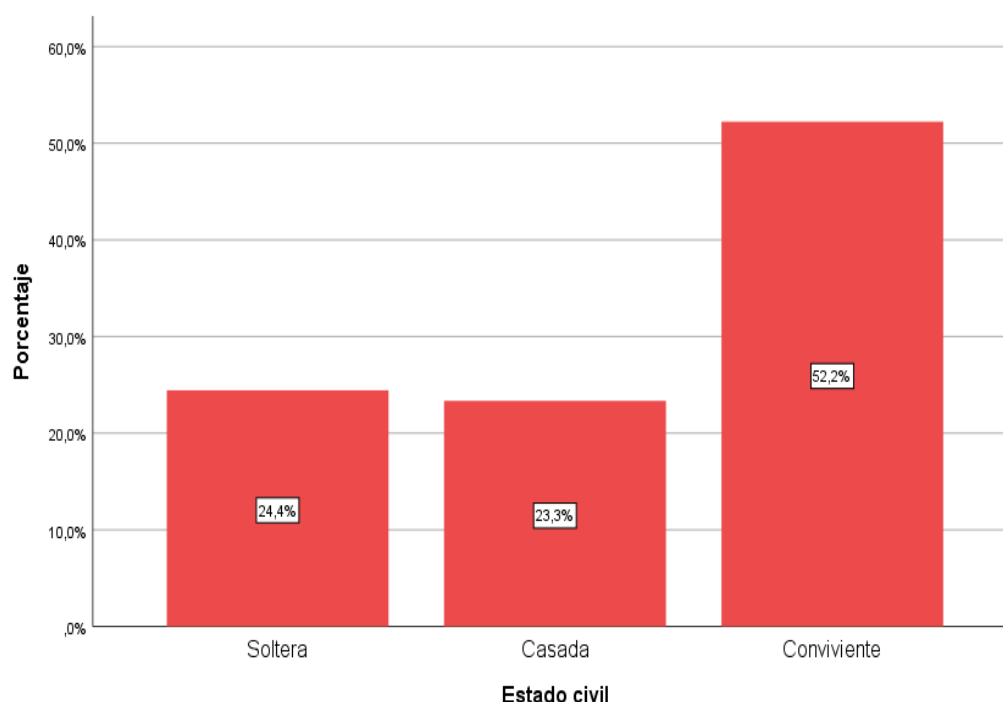


Figura 3. Estado civil de las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024

Análisis e interpretación de los datos

La distribución del estado civil muestra una clara mayoría de mujeres en condición de convivencia (52.2%, n=47), una forma de unión estable no formalizada por el matrimonio. Por otro lado, un número similar de mujeres solteras (24.4%, n=22) y casadas (23.3%, n=21) sugiere una diversidad en las dinámicas familiares. Las mujeres solteras, especialmente, podrían estar enfrentando su maternidad con menores redes de apoyo, lo que podría influir en su experiencia del parto y en el seguimiento de las indicaciones clínicas relacionadas con el alumbramiento.

Tabla 4. Ocupación de las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024

CARACTERÍSTICA DEMOGRÁFICA	Púerperas (n = 90)	
	fi	%
Ocupación		
Ama de casa	84	93.3
Trabajadora independiente	2	2.2
Trabajadora dependiente	4	4.4
Total	90	100.0

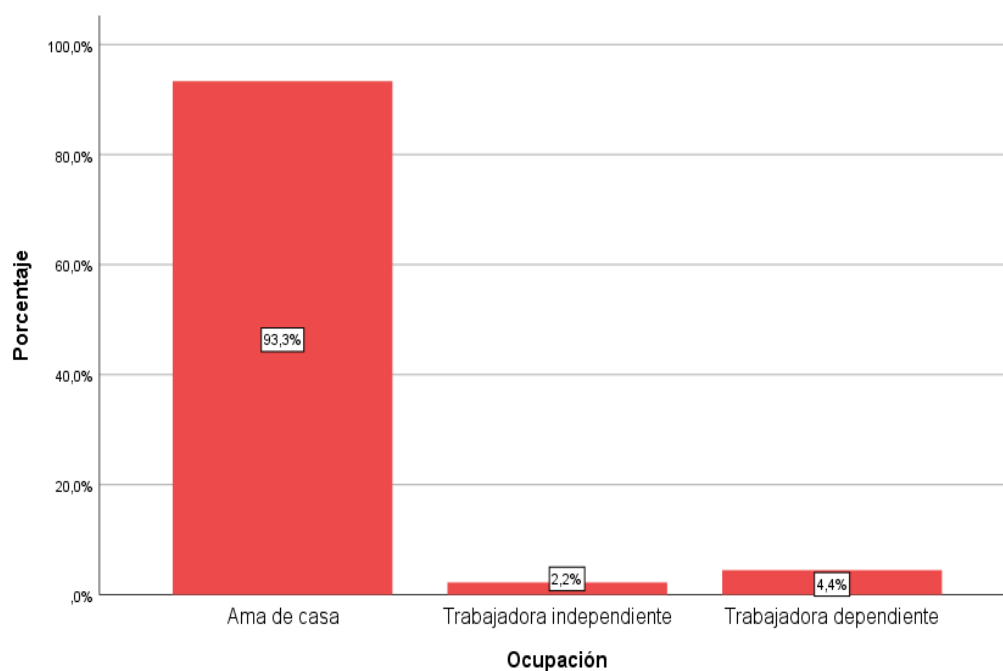


Figura 4. Ocupación de las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024

Análisis e interpretación de los datos

La gran mayoría de las pacientes (93.3%, n=84) se desempeña como amas de casa, lo que refleja un perfil común en comunidades donde la mujer asume principalmente roles domésticos. Solo un pequeño grupo trabaja de manera independiente (2.2%, n=2) o dependiente (4.4%, n=4). Esta realidad laboral puede influir en la disponibilidad de tiempo para el autocuidado y en el acceso a servicios de salud durante el embarazo, el parto y el puerperio respectivamente.

B. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

Tabla 5. Paridad de las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024

CARACTERÍSTICA OBSTÉTRICA	Puérperas (n = 90)	
	fi	%
Paridad		
Primípara (1 parto)	32	36.5
Secundípara (2 partos)	27	30.0
Múltipara (3 a 5 partos)	22	24.4
Gran múltipara (≥6 partos)	9	10.0
Total	90	100.0

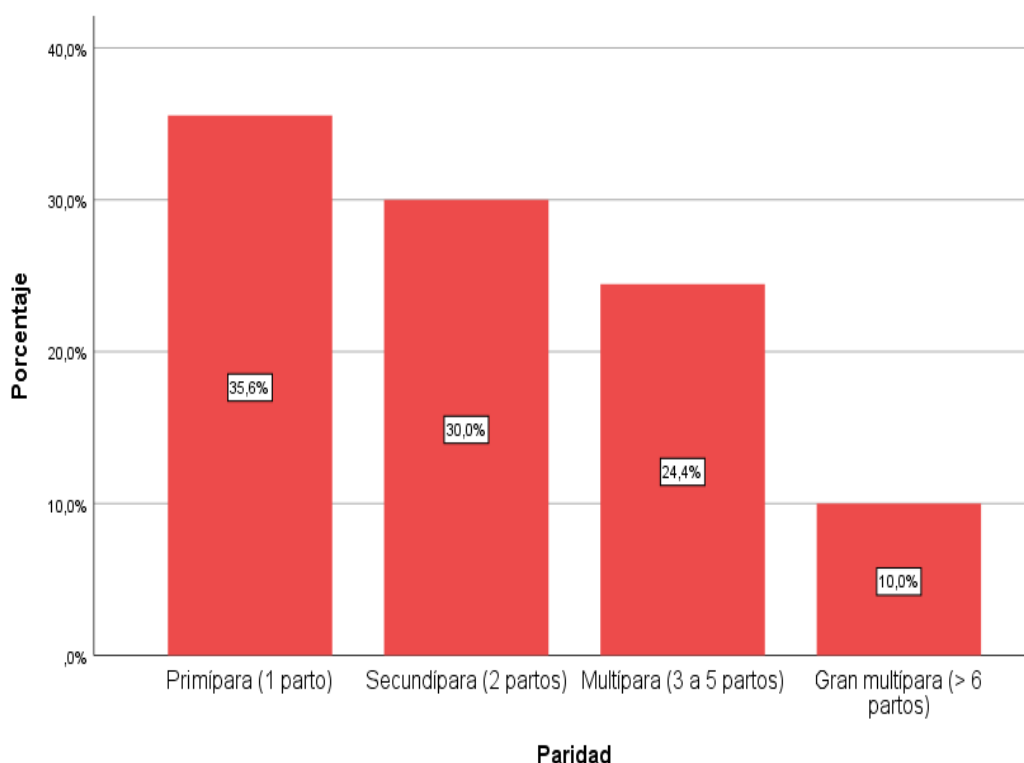


Figura 5. Paridad de las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024

Análisis e interpretación de los datos

Respecto a la paridad (n=90), se identificó que el 36.5% (n=32) de las pacientes eran primíparas, lo que indica una experiencia obstétrica limitada en su primer parto. Le siguen las secundíparas con un 30.0% (n=27), y las múltiparas con 24.4% (n=22), lo que refleja cierta distribución equilibrada entre mujeres con uno, dos o varios partos previos. Solo un 10.0% (n=9) fueron gran múltiparas, grupo que puede presentar mayores riesgos, como atonía uterina o retención placentaria.

Tabla 6. Periodo intergenésico de las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Pano – Huánuco, año 2024

CARACTERÍSTICA OBSTÉTRICA	Puerperas (n = 90)	
	fi	%
Periodo intergenésico (PIG)		
Sin PIG	32	36.5
Corto (<24 meses)	28	31.1
Largo (>48 meses)	30	33.3
Total	90	100.0

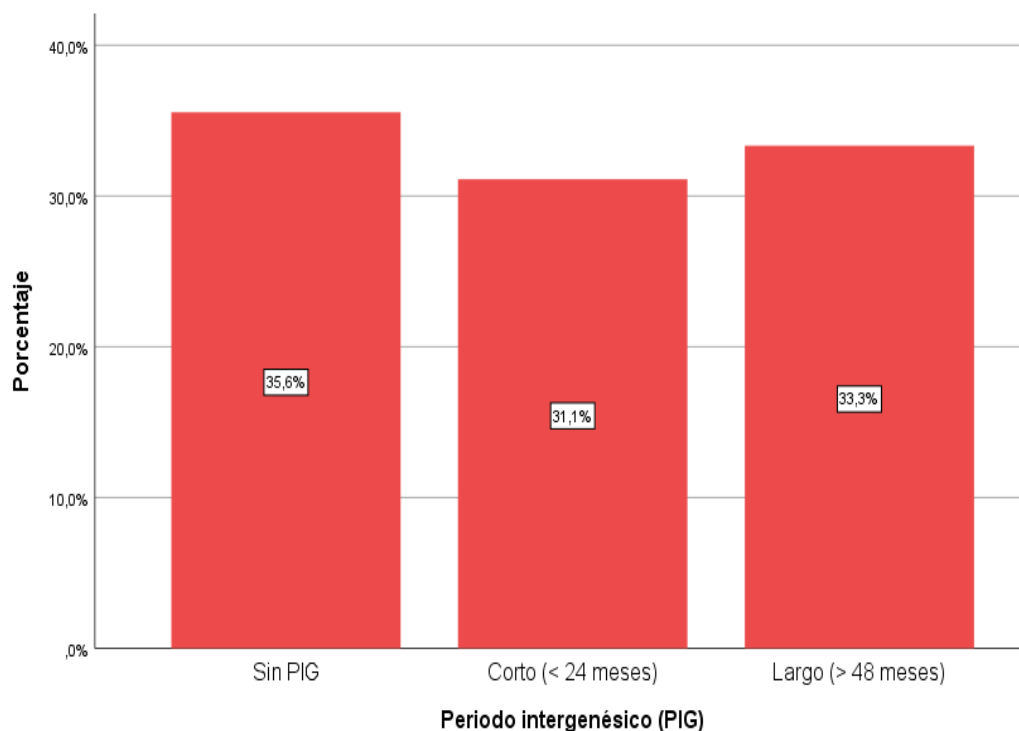


Figura 6. Periodo intergenésico de las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Pano – Huánuco, año 2024

Análisis e interpretación de los datos

En relación al periodo intergenésico, se encontró que el 36.5% (n=32) de las pacientes no registraban partos previos, por lo tanto, no tenían PIG. Entre quienes sí lo presentaban, un 31.1% (n=28) tuvo un intervalo corto menor a 24 meses, lo que puede comprometer la adecuada recuperación uterina y aumentar el riesgo de complicaciones en el alumbramiento. Por otro lado, el 33.3% (n=30) presentó un PIG largo, superior a 48 meses, situación que también puede influir en la funcionalidad uterina y la retención de restos placentarios.

Tabla 7. Duración del parto en las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024

CARACTERÍSTICA OBSTÉTRICA	Puerperas (n = 90)	
	fi	%
Duración del parto		
Precipitado (<3 horas)	29	32.2
Normal (4 a 12 horas)	43	47.8
Prolongado (>12 horas)	18	20.0
Total	90	100.0

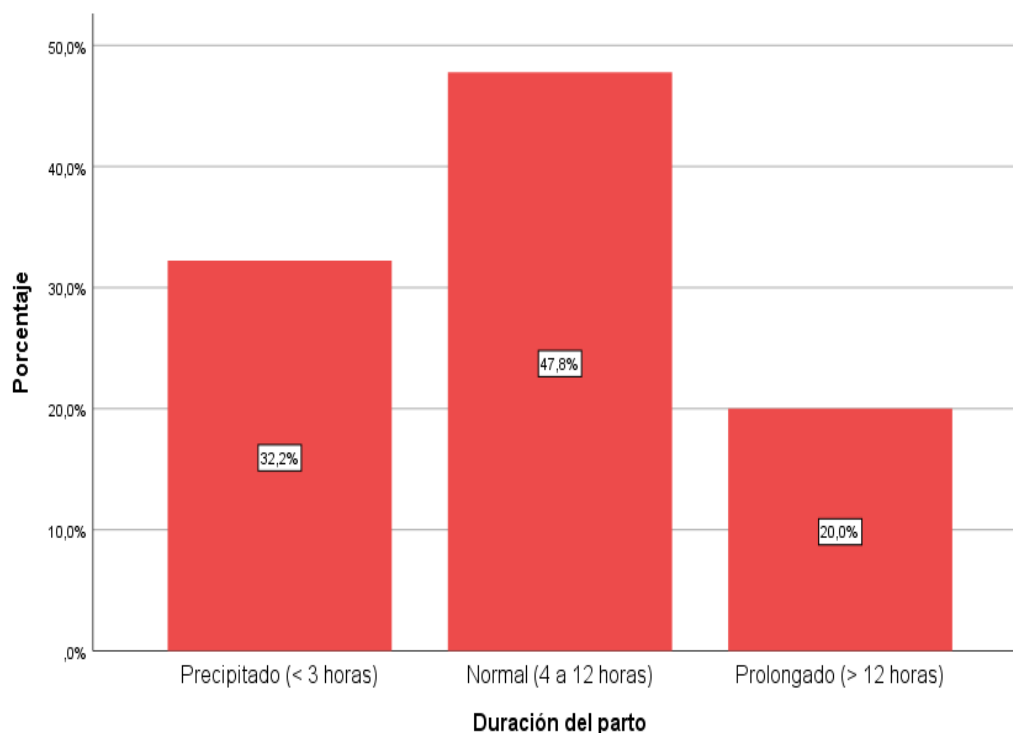


Figura 7. Duración del parto en las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024

Análisis e interpretación de los datos

En cuanto a la duración del trabajo de parto, la mayoría de las pacientes tuvo un parto de duración normal (47.8%, n=43), lo que indica un desarrollo fisiológico esperado. Sin embargo, un 32.2% (n=29) presentó parto precipitado, es decir, con una duración menor a 3 horas, lo cual puede limitar la preparación adecuada del útero para el alumbramiento. Por su parte, el 20.0% (n=18) experimentó un parto prolongado, situación que nos indica una posible asociación con la fatiga uterina y mayor riesgo de retención placentaria.

Tabla 8. Modalidad de alumbramiento en las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Pano – Huánuco, año 2024

CARACTERÍSTICA OBSTÉTRICA	Púérperas (n = 90)	
	fi	%
Modalidad de alumbramiento		
Schultz	59	65.6
Duncan	31	34.4
Total	90	100.0

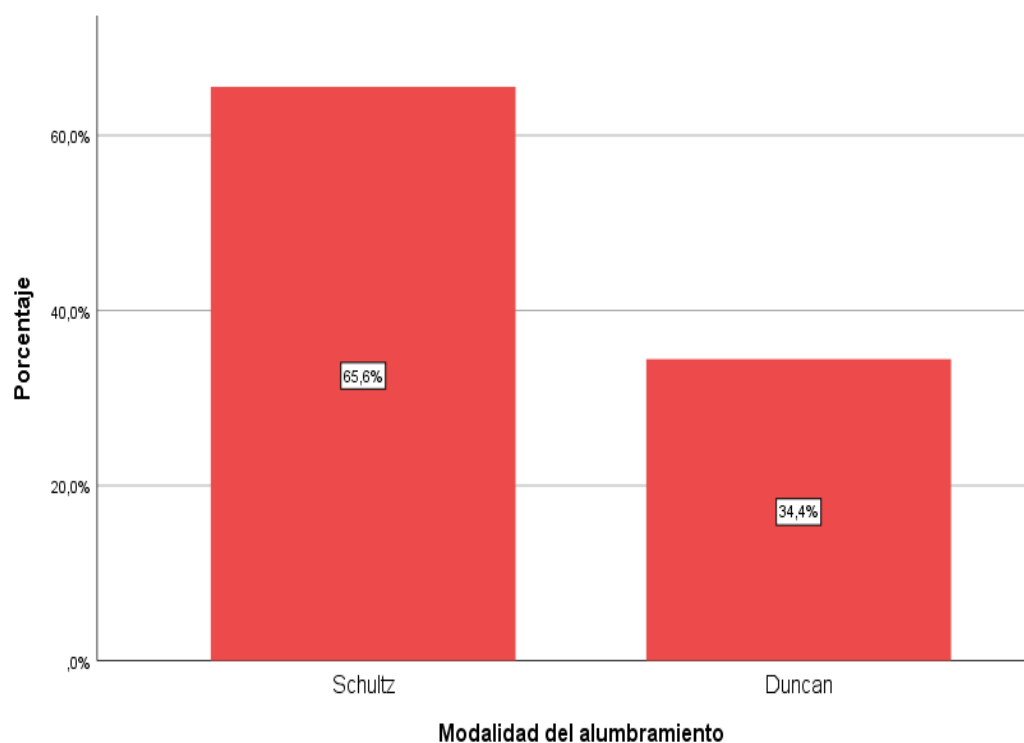


Figura 8. Modalidad de alumbramiento en las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Pano – Huánuco, año 2024

Análisis e interpretación de los datos

En relación con la modalidad de alumbramiento observada en las 90 pacientes, predominó el método de Schultz con un 65.6% (n=59), el cual se caracteriza por la expulsión de la placenta por su cara fetal, generalmente asociada a un desprendimiento limpio y con menor riesgo de hemorragia. En contraste, el 34.4% (n=31) presentó alumbramiento tipo Duncan, donde la placenta se expulsa por la cara materna, a menudo con mayor sangrado visible.

C. CARACTERÍSTICAS CONSIDERADAS DE RIESGO

Tabla 9. Antecedente de legrado uterino en las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024

CARACTERÍSTICA DE RIESGO	Puérperas (n = 90)	
	fi	%
Antecedente de legrado uterino		
Si	8	8.9
No	82	91.1
Total	90	100.0

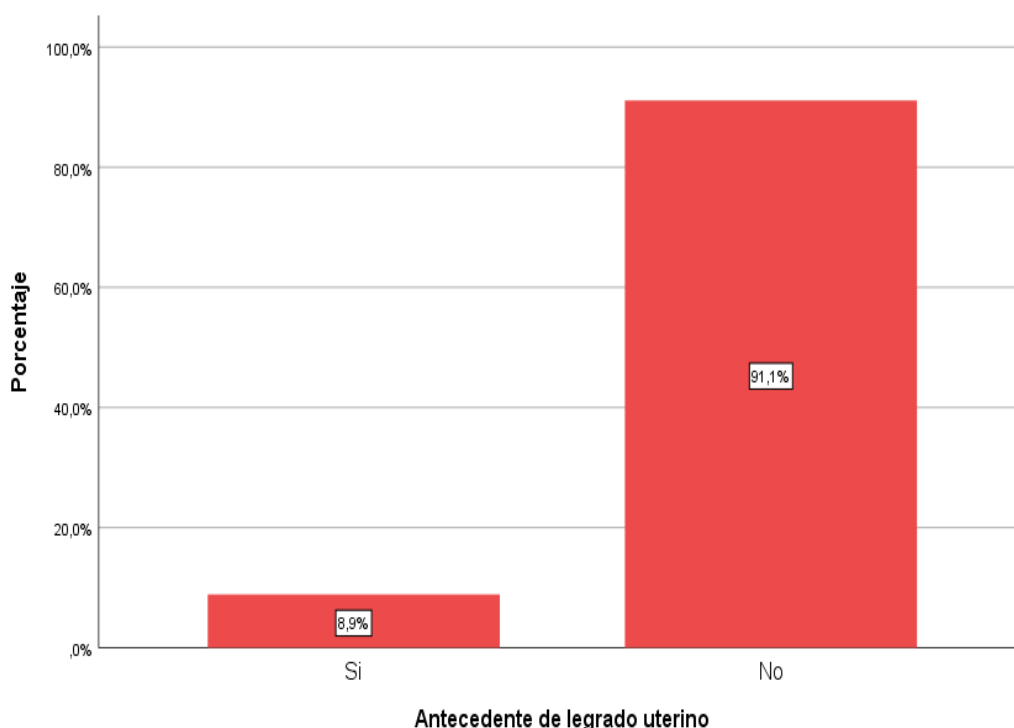


Figura 9. Antecedente de legrado uterino en las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024

Análisis e interpretación de los datos

Solo el 8.9% (n=8) de las pacientes reportaron antecedentes de legrado uterino, mientras que la mayoría, el 91.1% (n=82), no presentó este antecedente. Aunque es un porcentaje reducido, esta característica no debe pasarse por alto, ya que procedimientos como el legrado pueden generar alteraciones endometriales o adherencias uterinas que, en algunos casos, podrían dificultar el desprendimiento placentario durante el alumbramiento.

Tabla 10. Antecedente de aborto en las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Pano – Huánuco, año 2024

CARACTERÍSTICA DE RIESGO	Púérperas (n = 90)	
	fi	%
Antecedente de aborto		
Si	26	28.9
No	64	71.1
Total	90	100.0

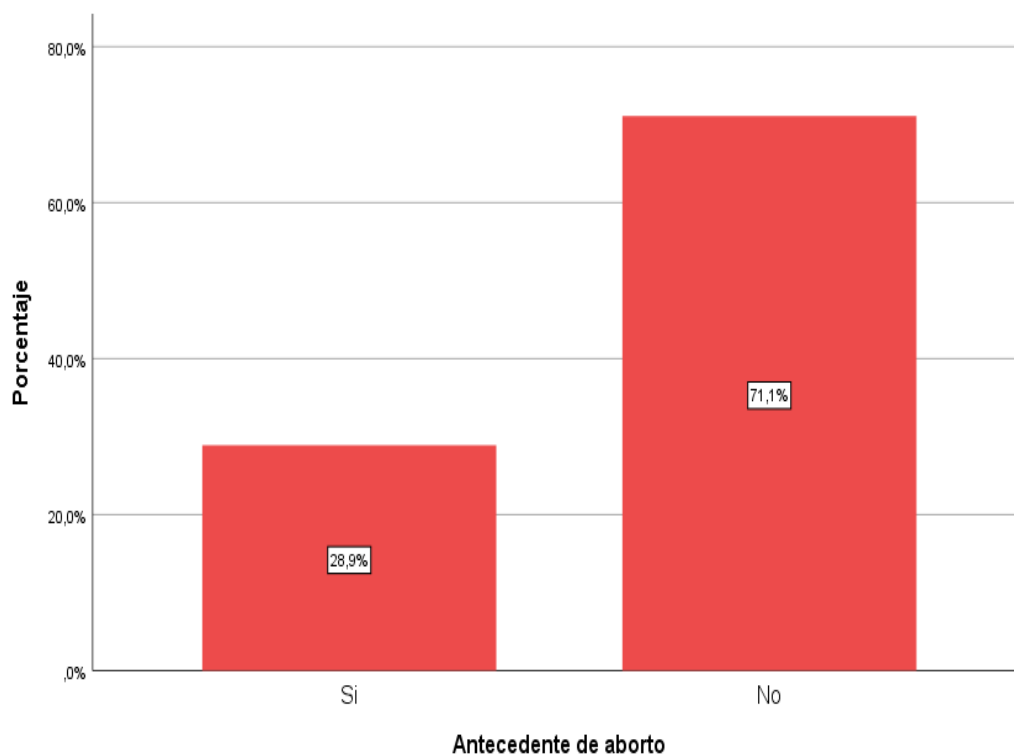


Figura 10. Antecedente de aborto en las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Pano – Huánuco, año 2024

Análisis e interpretación de los datos

Del total de pacientes (n=90), un 28.9% (n=26) presentó antecedentes de aborto, cifra que llama la atención por su frecuencia y relevancia obstétrica. Este tipo de antecedente puede implicar intervenciones uterinas previas o condiciones que alteran el endometrio, aumentando el riesgo de complicaciones en embarazos posteriores, como la retención de restos placentarios. En contraste, el 71.1% (n=64) no reportó abortos previos, lo que podría asociarse a un menor nivel de riesgo en ese aspecto respectivamente.

Tabla 11. Antecedente de cesárea en las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Pano – Huánuco, año 2024

CARACTERÍSTICA DE RIESGO	Púérperas (n = 90)	
	fi	%
Antecedente de cesárea		
Si	4	4.4
No	86	95.6
Total	90	100.0

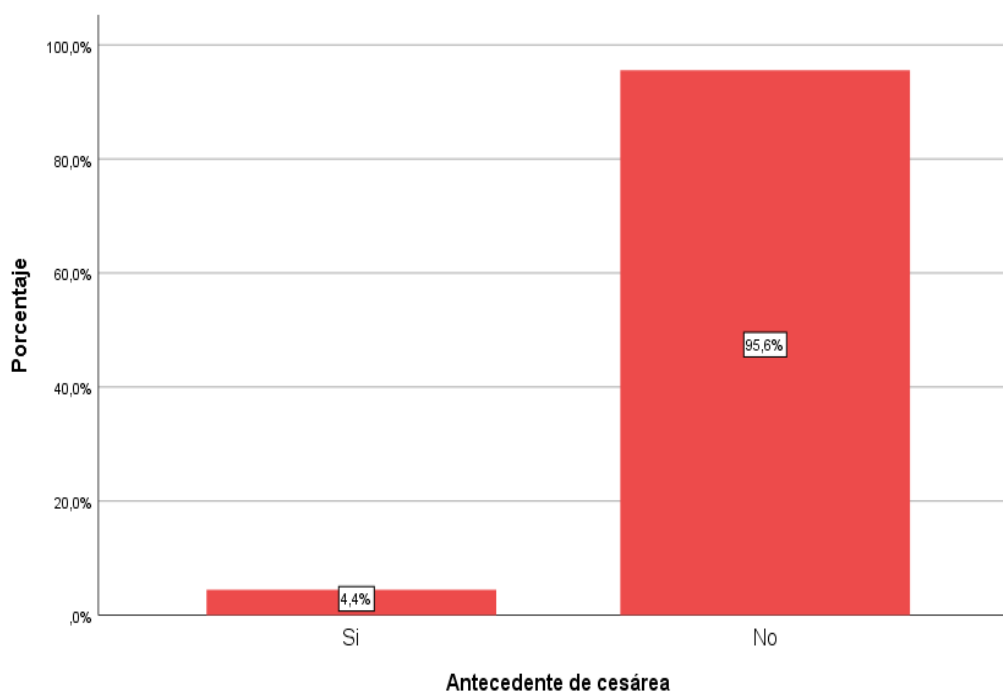


Figura 11. Antecedente de cesárea en las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Pano – Huánuco, año 2024

Análisis e interpretación de los datos

Solo el 4.4% (n=4) de las pacientes tenía antecedentes de cesárea, mientras que el 95.6% (n=86) no registraba este tipo de intervención quirúrgica. Aunque su presencia es baja, haber tenido una cesárea previa puede implicar cambios en la anatomía uterina o cicatrices internas que condicionen el comportamiento del útero en partos posteriores, incluyendo el alumbramiento. Este antecedente, aunque poco frecuente en nuestra muestra, sigue siendo un factor característico clínico importante a considerar al evaluar riesgos obstétricos como la retención de restos placentarios.

Tabla 12. Adherencia anormal de la placenta en las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024

CARACTERÍSTICA DE RIESGO	Púerperas (n = 90)	
	fi	%
Adherencia anormal de la placenta		
Si	0	0.0
No	90	100.0
Total	90	100.0

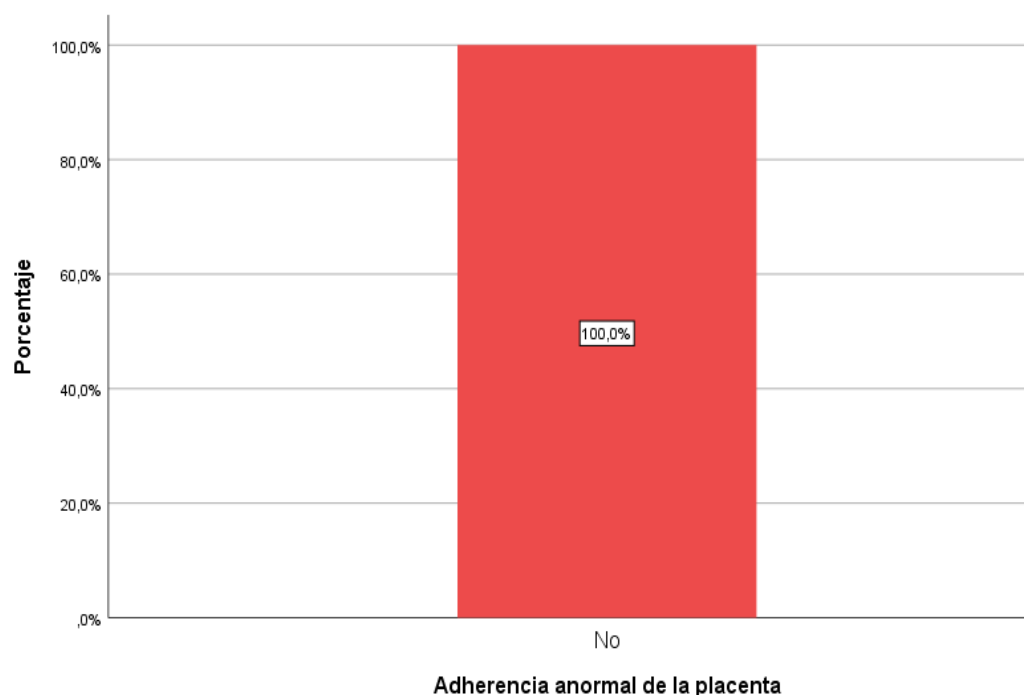


Figura 12. Adherencia anormal de la placenta en las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024

Análisis e interpretación de los datos

En la totalidad de los casos evaluados, no se reportaron adherencias anormales de la placenta (0.0%). Este hallazgo resulta relevante, ya que condiciones como la placenta acreta, increta o percreta suelen asociarse directamente con retención placentaria y complicaciones hemorrágicas severas. En tal sentido, la ausencia de este tipo de adherencias en nuestra muestra permite descartar este factor característico como causa directa de retención en los casos estudiados.

D. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS POSPARTO (COMPLICACIONES)

Tabla 13. Óbito fetal en las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024

COMPLICACIÓN POSPARTO	Puérperas (n = 90)	
	fi	%
Óbito fetal		
Si	0	0.0
No	90	100.0
Total	90	100.0

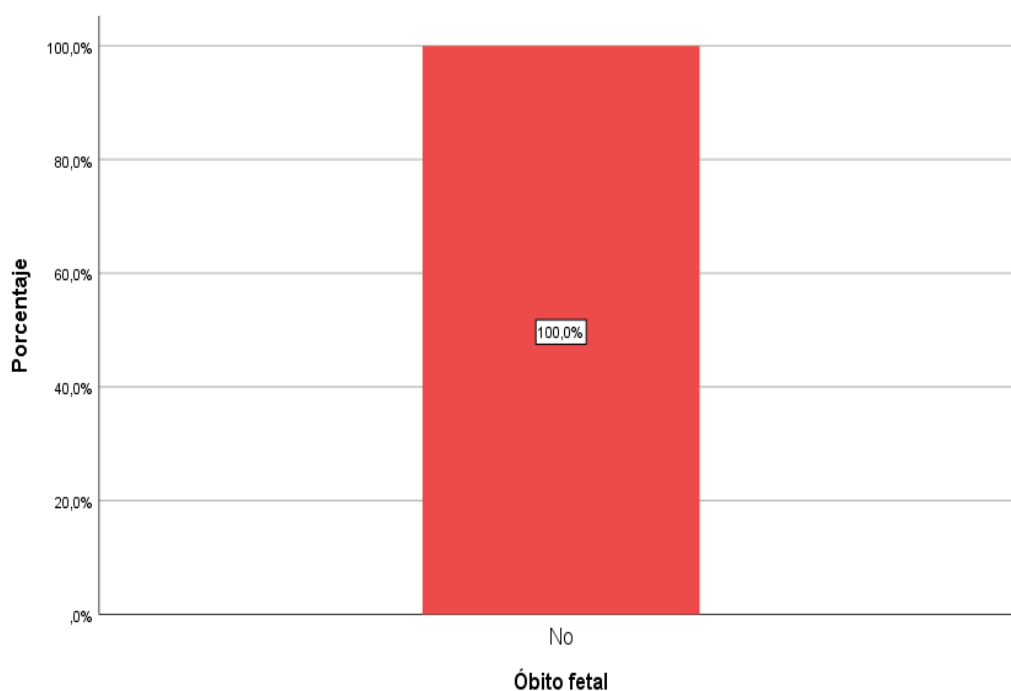


Figura 13. Óbito fetal en las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024

Análisis e interpretación de los datos

En esta muestra (n=90), no se reportaron casos de óbito fetal en su 100.0%. Este hallazgo es alentador, ya que refleja una adecuada atención prenatal y perinatal, y sugiere que las condiciones durante el parto fueron mayormente favorables para la supervivencia neonatal. Aunque no forma parte directa de nuestro objetivo, su ausencia contribuye a un perfil clínico menos complejo en las pacientes evaluadas.

Tabla 14. Hemorragia posparto en las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024

COMPLICACIÓN POSPARTO	Púérperas (n = 90)	
	fi	%
Hemorragia posparto		
Si	10	11.1
No	80	88.9
Total	90	100.0

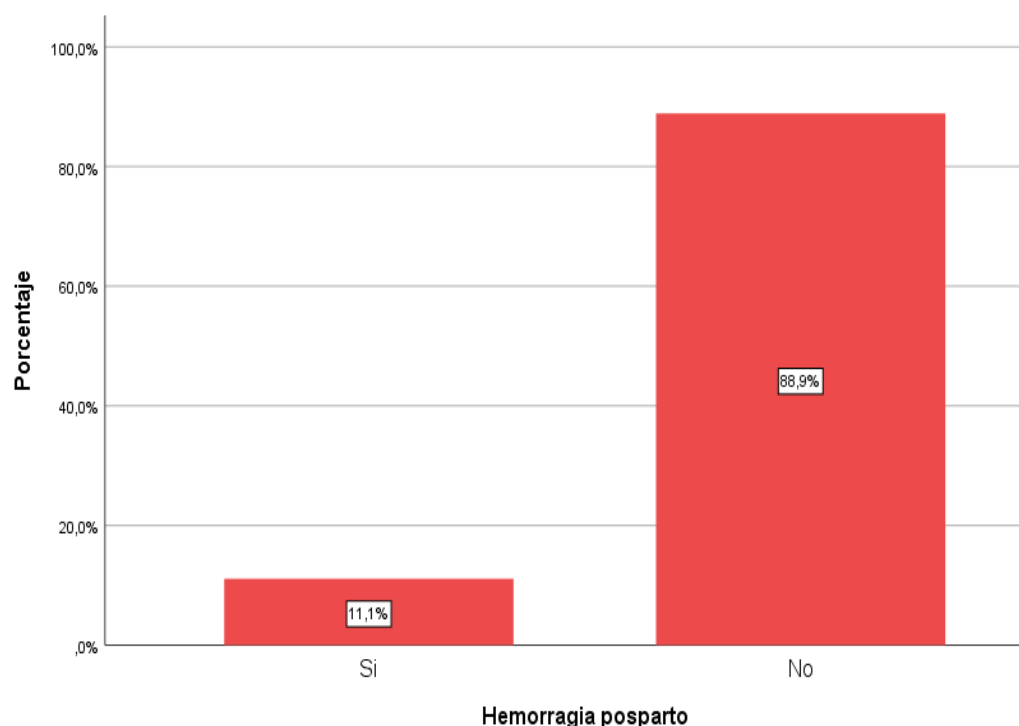


Figura 14. Hemorragia posparto en las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024

Análisis e interpretación de los datos

La hemorragia posparto estuvo presente en el 11.1% (n=10) de las pacientes, una proporción significativa que nos resalta la importancia de una vigilancia activa en el alumbramiento. Esta complicación es una de las principales causas de morbilidad materna y puede estar relacionada con factores como alumbramiento no dirigido, retención placentaria o atonía uterina. La presencia, aunque en menor cantidad de pacientes con hemorragia refuerza la necesidad de mejorar protocolos efectivos de manejo activo del tercer periodo del parto.

Tabla 15. Endometritis en las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024

COMPLICACIÓN POSPARTO	Púerperas (n = 90)	
	fi	%
Endometritis		
Si	0	0.0
No	90	100.0
Total	90	100.0

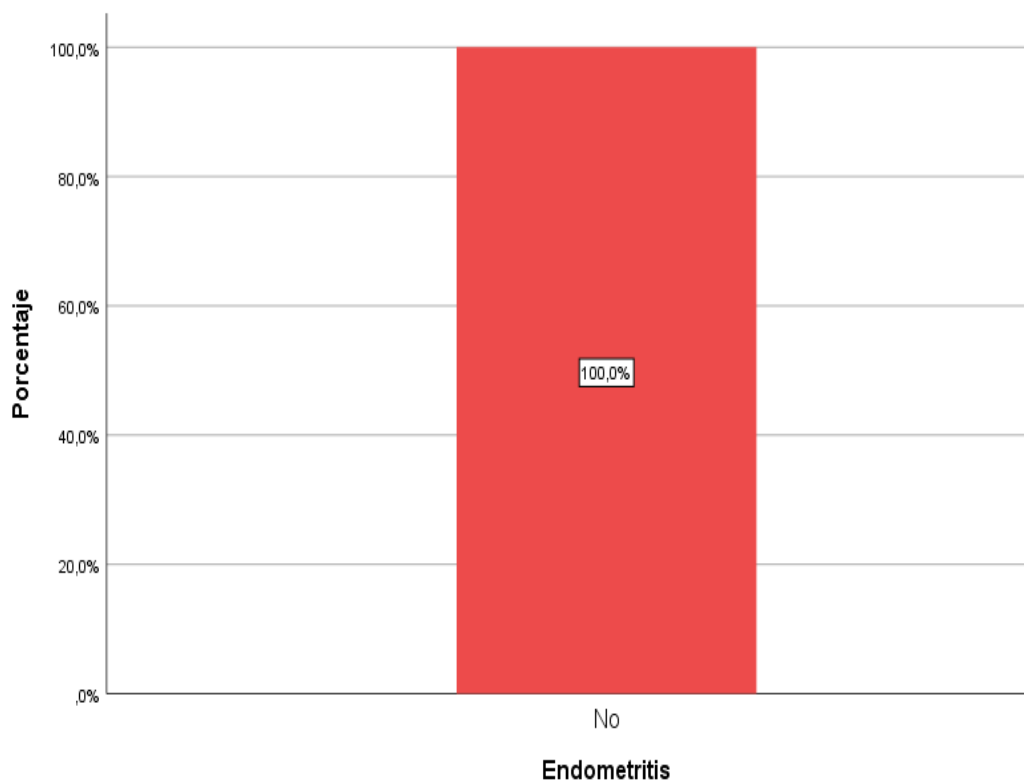


Figura 15. Endometritis en las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco, año 2024

Análisis e interpretación de los datos

No se registraron casos de endometritis en las pacientes estudiadas en su 100.0%. Este resultado nos refleja un adecuado control del alumbramiento y medidas eficaces de prevención de infecciones.

4.1.2. DE LA VARIABLE ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO

Tabla 16. Tipo de alumbramiento dirigido en las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Pano – Huánuco, año 2024

VARIABLE DE RELACIÓN	Puérperas (n = 90)	
	fi	%
Tipos de alumbramiento dirigido		
Oxitocina	74	82.2
Oxitocina + masaje uterino	16	17.8
Total	90	100.0

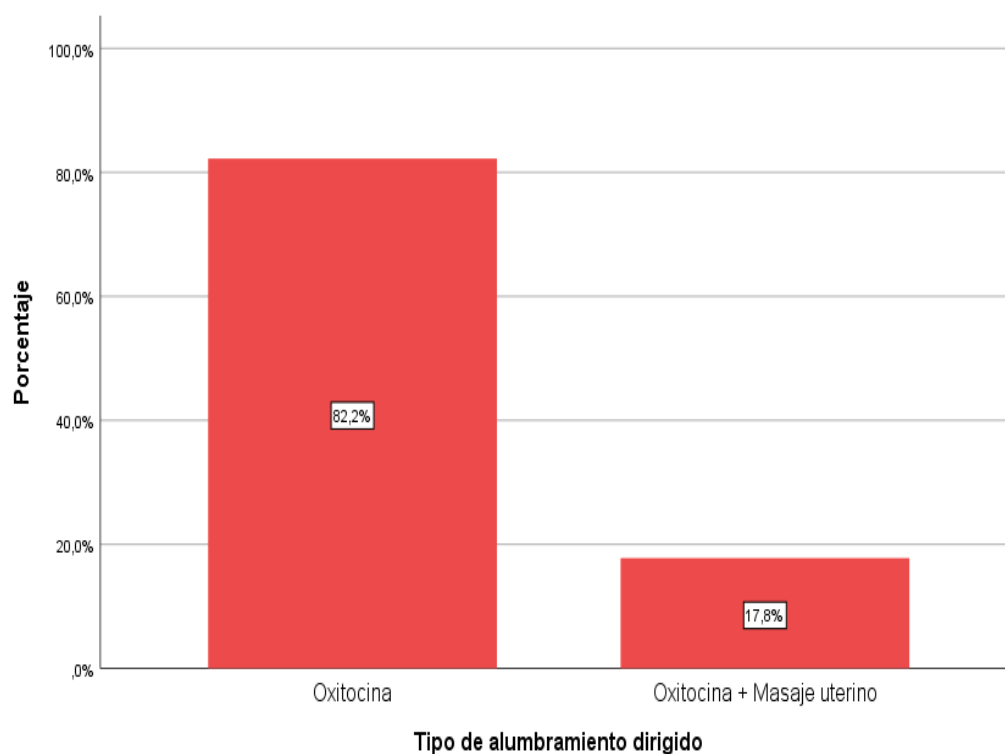


Figura 16. Tipo de alumbramiento dirigido en las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Pano – Huánuco, año 2024

Análisis e interpretación de los datos

En cuanto a las estrategias aplicadas durante el alumbramiento dirigido (consideradas como tipo), se observó que, en la mayoría de los casos, un 82.2% (n=74), se utilizó únicamente oxitocina como medida principal para facilitar la expulsión placentaria. En contraste, el 17.8% (n=16) recibió una combinación de oxitocina más masaje uterino, lo que indica una intervención más activa en la gestión del tercer periodo del parto.

4.1.3. DE LA VARIABLE RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS

Tabla 17. Retención de restos placentarios en las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Pano – Huánuco, año 2024

VARIABLE DE SUPERVISIÓN	Puérperas (n = 90)	
	fi	%
Retención de restos placentarios		
Si	61	67.8
No	29	32.2
Total	90	100.0

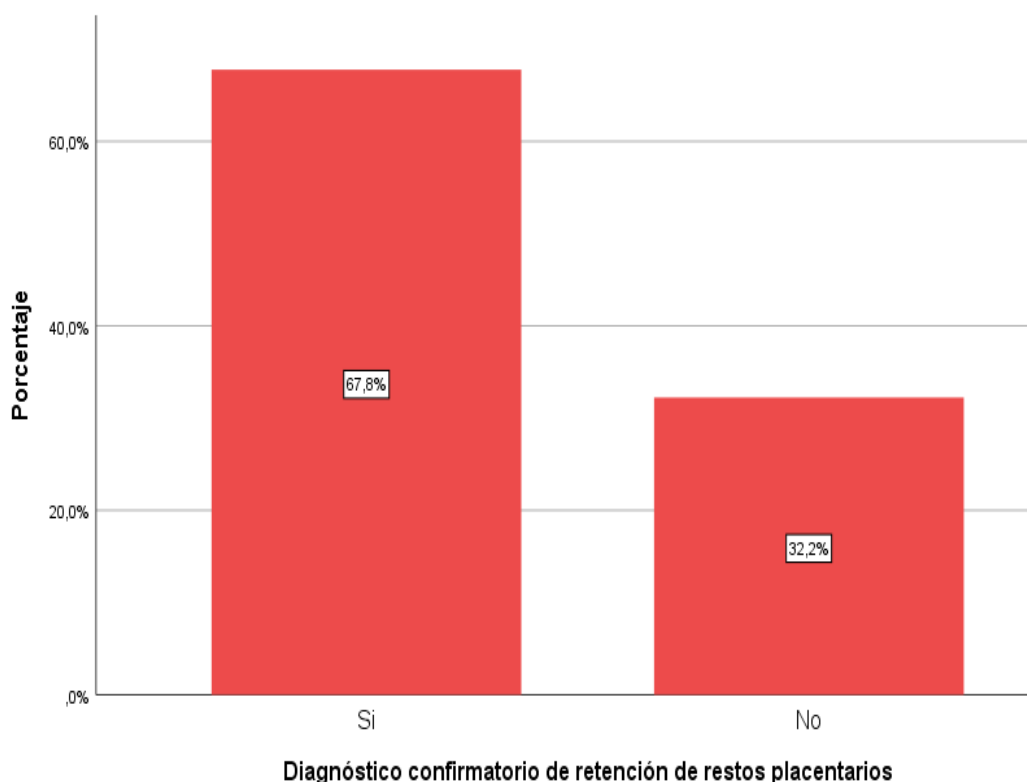


Figura 17. Retención de restos placentarios en las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Pano – Huánuco, año 2024

Análisis e interpretación de los datos

En la evaluación de las pacientes (n=90), se identificó que el 67.8% (n=61) presentó retención de restos placentarios, mientras que solo el 32.2% (n=29) no evidenció esta complicación. Este resultado evidencia una situación preocupante en el contexto del parto vaginal en el Centro de Salud Pano: más de la mitad de las pacientes experimentaron retención de restos placentarios, una complicación que, aunque a veces subestimada, puede comprometer seriamente la salud materna.

4.2. PROCESAMIENTO DE DATOS INFERENCIALES

Tabla 18. Tabla cruzada entre alumbramiento dirigido y la retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal en el Centro de Salud Panao - Huánuco, durante el año 2024

TABLA CRUZADA		Púérperas (n = 90)				Total
		Diagnóstico de retención de restos placentarios				
		Si		No		
		fi	%	fi	%	
Tipo de alumbramiento dirigido	Oxitocina	45	73.8	29	100.0	74
	Oxitocina + masaje uterino	16	26.2	0	0.0	16
Total		61	100.0	29	100.0	90

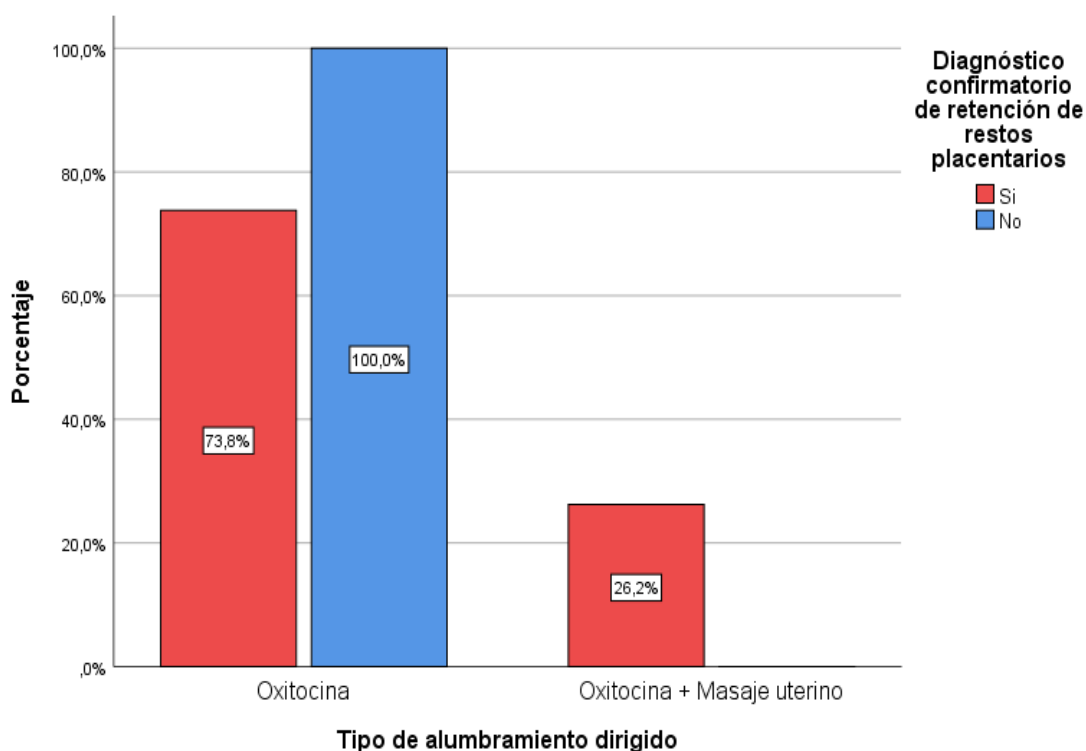


Figura 18. Tabla cruzada entre alumbramiento dirigido y la retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal en el Centro de Salud Panao - Huánuco, durante el año 2024

Análisis e interpretación de los datos

Al observar la relación entre el tipo de intervención utilizada durante el alumbramiento y la presencia de restos placentarios, se evidencia un patrón clínicamente relevante. De las pacientes que presentaron retención placentaria (n=61), la totalidad fue manejada con oxitocina sola. Específicamente, el 73.8% (n=45) de los casos con retención recibió solo oxitocina, mientras que el 26.2% (n=16) fueron manejadas con oxitocina más masaje uterino. En contraste, entre las pacientes que no presentaron retención placentaria (n=29), el 100% fue tratado exclusivamente con oxitocina, y ninguna recibió la combinación con masaje uterino.

Este comportamiento sugiere que, si bien la oxitocina es ampliamente utilizada como método de alumbramiento dirigido, el uso complementario del masaje uterino solo se empleó en pacientes que ya presentaban complicaciones, probablemente como medida de respuesta y no de prevención.

4.2.1. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Hi: Existe relación entre el alumbramiento dirigido y la retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal en el Centro de Salud Panao de Huánuco, durante el año 2024

Ho: No existe relación entre el alumbramiento dirigido y la retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal en el Centro de Salud Panao de Huánuco, durante el año 2024

Tabla 19. Estadística no paramétrica de relación entre el alumbramiento dirigido y la retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal en el Centro de Salud Panao de Huánuco, durante el año 2024

PRUEBAS DE CHI CUADRADO	Púerperas (n = 90)				
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9.251 ^a	1	0.002	-	-
Prueba exacta de Fisher	-	-	-	0.001	0.001
Número de casos válidos	90				

a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor de 5. El recuento mínimo esperado es de 5.16.

Análisis e interpretación de los datos

Dado que en la tabla cruzada se identificaron frecuencias esperadas menores a 5, se aplicó la prueba exacta de Fisher, por ser más adecuada en condiciones de muestras pequeñas. El análisis arrojó un valor de significancia exacta bilateral de $p = 0.001$, claramente inferior al umbral establecido de 0.05. Este resultado permite afirmar que existe una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de alumbramiento dirigido y la retención de restos placentarios. En consecuencia, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, que plantea la existencia de una relación entre ambas variables.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El parto vaginal es un proceso fisiológico que, aunque natural, puede derivar en complicaciones si no se maneja adecuadamente, especialmente durante el alumbramiento, fase crítica en la que se expulsa la placenta y las membranas fetales. La retención de restos placentarios constituye una de las principales causas de morbilidad postparto, al estar asociada a hemorragias, infecciones y aumento de intervenciones invasivas. Ante ello, la Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Salud (MINSA) recomienda el alumbramiento dirigido, una intervención activa que incluye el uso de uterotónicos, tracción controlada del cordón y masaje uterino, con el fin de reducir riesgos y preservar la salud materna.

En el contexto rural de Huánuco como el del Centro de Salud Panao, aún se presentan redundantes casos de retención de restos placentarios tras partos vaginales, lo que sugiere posibles brechas en la aplicación efectiva del alumbramiento dirigido. Esta problemática, abordada en la presente investigación titulada “Alumbramiento dirigido y retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal en el Centro de Salud Panao - 2024”, exige mirar más allá de la técnica, considerando también las características demográficas de las gestantes, sus condiciones obstétricas, las características de riesgo y las complicaciones clínicas posparto.

En tal sentido, dentro de las características demográficas se observó que la mayoría de las pacientes (58.9%, n=53) se encontraba en el rango de edad de 20 a 35 años, lo que coincide con la etapa reproductiva más activa y frecuente para el parto vaginal. Este hallazgo es relevante, pues la edad materna es un factor que puede influir en el riesgo obstétrico y en el manejo del alumbramiento. En tal sentido, Favilli et al, ⁽²¹⁾ indican que la edad materna es uno de los factores independientes más frecuentes asociados a la retención placentaria, lo que subraya la importancia de considerar esta variable en la evaluación clínica y en la planificación del alumbramiento dirigido.

Respecto al nivel educativo, el 50% (n=45) de las mujeres tenían estudios primarios, un dato que refleja un nivel de educación básico, que

puede influir en el acceso a información y prácticas adecuadas durante el embarazo y parto. Este aspecto resulta influyente, dado que un menor nivel educativo se asocia a menudo con una menor adherencia a controles prenatales y a un mayor riesgo de complicaciones obstétricas, tal como señalan Barzola y Pozo, ⁽²⁶⁾ en su estudio, donde destacaron la influencia de factores sociodemográficos en las complicaciones posparto.

En cuanto al estado civil, el grupo predominante fue el de convivientes, con un 52.2% (n=47) y la ocupación principal fue la de amas de casa, representando el 93.3% (n=84).

No obstante, en las características obstétricas, el grupo más numeroso fue el de primíparas, con un 36.5% (n=32), lo cual es relevante porque la primiparidad puede asociarse a ciertas complicaciones durante el parto y el alumbramiento. Este dato es compatible con los hallazgos de Cohen et al, ⁽²²⁾ quienes identificaron que la primiparidad y los antecedentes obstétricos influyen en la retención de placenta, considerando que el primer embarazo representa un factor de riesgo particular debido a la inexperiencia uterina y la adaptación fisiológica.

Respecto al período intergenésico, el 36.5% (n=32) de las pacientes no tenían partos previos registrados, es decir, estaban en su primer embarazo o sin antecedentes previos documentados. Este factor también puede tener impacto en la dinámica del alumbramiento, pues Hernández, ⁽²⁵⁾ destaca la multiparidad como un factor importante en la retención de restos placentarios, señalando que la historia reproductiva previa influye en la respuesta uterina postparto. En esa misma línea, la mayoría de las pacientes presentó un trabajo de parto de duración normal, con un 47.8% (n=43), lo que indica un proceso fisiológico favorable para el alumbramiento. Sin embargo, Lamas y Carrasco, ⁽²⁴⁾ advierten que el parto prolongado se relaciona significativamente con la aparición de atonía uterina, la cual incrementa el riesgo de retención placentaria y hemorragia posparto, complicaciones que deben ser consideradas en el manejo clínico.

En cuanto a la modalidad de alumbramiento, predominó el método de Schultz, con un 65.6% (n=59) de los casos. Este método, que consiste en la expulsión de la placenta con el polo fetal primero, puede tener ventajas y limitaciones. Barzola y Pozo, ⁽²⁶⁾ reportaron que en el Centro de Salud La

Unión, donde se emplea mayormente esta técnica, se observó una prevalencia considerable de retención placentaria, lo que implica que la técnica de alumbramiento puede influir en los resultados y requiere un seguimiento riguroso. En conjunto, estos resultados sugieren que las características obstétricas como la primiparidad, el intervalo intergenésico y la modalidad de alumbramiento están estrechamente ligadas con el riesgo de retención de restos placentarios.

Por otro lado, el 65.2% (n=59) de las pacientes no presentaron factores clínicos de riesgo asociados al parto, mientras que el 34.8% (n=32) sí reportaron alguna condición previa que pudiera influir en el desarrollo del alumbramiento y la retención placentaria. Además, el control prenatal insuficiente, aunque no se encontró con prevalencia alta en nuestra muestra, es reconocido por Lamas y Carrasco, ⁽²⁴⁾ como un factor que incrementa la probabilidad de atonía uterina y complicaciones posparto, lo que a su vez puede relacionarse con la retención de restos placentarios y hemorragia.

Dentro de las complicaciones posparto no se reportaron casos de óbito fetal, lo que representa un 100% (n=90) de supervivencia neonatal en la muestra analizada. Esto es un indicador positivo del manejo obstétrico durante el parto vaginal en el Centro de Salud Panao, sin embargo, respecto a la hemorragia posparto, se presentó en un 11.1% (n=10) de las pacientes. Esta incidencia es consistente con lo reportado en estudios de contextos similares, donde la hemorragia posparto se reconoce como una complicación frecuente pero prevenible. Kodan et al, ⁽¹⁷⁾ en su estudio nacional en Surinam, reportaron una prevalencia de hemorragia posparto del 9.2%, lo que muestra una tendencia compatible con los resultados obtenidos en nuestra investigación.

Asimismo, Ebada et al, ⁽¹⁶⁾ en su revisión sistemática concluyeron que la administración de oxitocina intravenosa reduce significativamente la pérdida de sangre en comparación con la vía intramuscular, lo que respalda el manejo basado en oxitocina para la prevención y tratamiento de la hemorragia posparto, aspecto que coincide con el manejo aplicado en nuestras púérperas del estudio. No obstante, no se registraron casos de endometritis.

Por consiguiente, en cuanto al manejo del alumbramiento dirigido, la mayoría de pacientes, un 82.2% (n=74), recibió oxitocina como única intervención, mientras que un 17.8% (n=16) fue tratado con oxitocina más

masaje uterino. Esta predominancia del uso exclusivo de oxitocina refleja la práctica clínica habitual para facilitar la tercera etapa del parto y prevenir complicaciones, especialmente la hemorragia posparto. Estos resultados están en línea con Vega y Aliaga, ⁽²³⁾ quienes demostraron que la oxitocina intraumbilical reduce significativamente la duración del alumbramiento y la pérdida sanguínea en comparación con la vía intramuscular, reafirmando la eficacia de la oxitocina en el alumbramiento dirigido.

Respecto a la retención de restos placentarios, se identificó que un 67.8% (n=61) de las pacientes presentó esta complicación, un porcentaje notablemente alto en comparación con otras investigaciones. Barzola y Pozo, ⁽²⁶⁾ reportaron una prevalencia del 15.2% en su estudio realizado en Huánuco, evidenciando que en la región existen variaciones importantes que pueden estar asociadas a factores clínicos y/o obstétricos específicos de la población atendida.

De la misma manera, la alta prevalencia encontrada en este estudio podría estar relacionada con las características obstétricas de las pacientes y el manejo aplicado durante el alumbramiento. Favilli et al, ⁽²¹⁾ identificaron que factores como el antecedente de legrado, cesárea previa, inducción del parto y edad materna avanzada se asocian con un mayor riesgo de retención placentaria, aspectos que deben considerarse para mejorar la prevención y el manejo.

Por otra parte, al analizar la relación entre el tipo de intervención en el alumbramiento y la retención de restos placentarios, se observó que del total de pacientes con retención (n=61), el 73.8% (n=45) fueron manejadas únicamente con oxitocina, mientras que el 26.2% (n=16) recibieron oxitocina más masaje uterino. En contraste, todas las pacientes sin retención (100%, n=29) recibieron oxitocina exclusiva, sin masaje uterino, lo que se llegó a evidenciar una asociación significativa entre el tipo de alumbramiento dirigido y la retención placentaria (p=0.001), indicando que la modalidad de manejo puede influir en la aparición de esta complicación.

Estos hallazgos coinciden con Patrick et al, ⁽¹⁸⁾ quienes demostraron que la oxitocina es el agente más utilizado en el manejo farmacológico de la placenta retenida, pero que alternativas como la carbetocina y prostaglandinas pueden ofrecer mejores resultados para reducir la necesidad

de extracción manual. Además, Hernández, ⁽²⁵⁾ reportó que antecedentes obstétricos como legrado y cesárea previa están relacionados significativamente con alumbramiento incompleto, sugiriendo la importancia de un manejo individualizado.

En suma, el alumbramiento dirigido, aunque ampliamente adoptado, no siempre garantiza un desenlace óptimo. Su efectividad depende de una atención clínica oportuna, integral y centrada en cada mujer. Comprender la complejidad del parto más allá del protocolo exige sensibilidad, experiencia y capacidad para reconocer los factores que predisponen a complicaciones. Por ello, más que reforzar rutinas, se debe fortalecer el criterio clínico y la vigilancia activa durante esta etapa crucial, priorizando siempre la seguridad y el bienestar materno.

CONCLUSIONES

1. Características demográficas

Se concluye que la mayoría de las pacientes se encuentra en el rango de edad de 20 a 35 años con un 58.9% (n=53), lo cual representa el grupo etario más frecuente. En cuanto al nivel educativo, predominan las mujeres con estudios primarios con un 50% (n=45). Respecto al estado civil, el grupo más numeroso fue el de convivientes con un 52.2% (n=47), mientras que la ocupación predominante fue la de amas de casa con un 93.3% (n=84) del total de participantes.

2. Características obstétricas

Se evidenció que el 36.5% (n=32) de las pacientes eran primíparas, sin antecedentes de partos previos, y el mismo porcentaje (36.5%, n=32) no presentó historial de periodo intergenésico. La mayoría tuvo una duración normal del trabajo de parto con un 47.8% (n=43). En cuanto a la modalidad de alumbramiento fisiológico, se observó un predominio del método de Schultz con un 65.6% (n=59).

3. Características clínicas de riesgo

En relación a los antecedentes clínicos de riesgo, se halló que el 91.1% (n=82) de las pacientes no tenía antecedentes de legrado uterino, el 71.1% (n=64) no reportó antecedentes de aborto, el 95.6% (n=86) no tenía antecedentes de cesárea y ninguna paciente presentó adherencias anormales de placenta, con un 0% (n=0).

4. Complicaciones clínicas posparto

Se identificó que no se reportaron casos de óbito fetal, representando el 100% (n=90) de la muestra. La hemorragia posparto estuvo presente en el 11.1% (n=10) de las pacientes, mientras que no se registraron casos de endometritis en ninguna de las mujeres evaluadas.

5. Alumbramiento dirigido (en su tipo)

Respecto al manejo del alumbramiento dirigido, el 82.2% (n=74) de las pacientes fue tratado únicamente con oxitocina, mientras que el 17.8% (n=16) recibió una intervención combinada de oxitocina más masaje uterino.

6. Retención de restos placentarios

Se evidenció que el 67.8% (n=61) de las pacientes presentó retención de restos placentarios, en comparación con el 32.2% (n=29) que no manifestó dicha complicación.

7. Análisis inferencial (relación entre variables)

Se concluyó que existe una relación significativa entre el tipo de manejo del alumbramiento dirigido y la presencia de retención de restos placentarios ($p=0.001$). Se encontró que todas las pacientes sin retención (100%, n=29) fueron tratadas únicamente con oxitocina, mientras que aquellas que presentaron retención fueron manejadas en un 73.8% (n=45) con oxitocina sola y en un 26.2% (n=16) con oxitocina más masaje uterino, confirmando así la asociación estadísticamente significativa entre ambas variables.

RECOMENDACIONES

1. Fortalecer la capacitación del personal de salud del Centro de Salud Panao en el manejo óptimo del alumbramiento dirigido, enfatizando en la correcta administración de oxitocina y la evaluación crítica del uso complementario del masaje uterino para prevenir la retención de restos placentarios.
2. Implementar protocolos estandarizados de vigilancia posparto inmediata, orientados a la detección temprana de complicaciones como la retención placentaria y la hemorragia, con el fin de reducir riesgos maternos y mejorar la calidad de atención obstétrica.
3. Desarrollar programas educativos dirigidos a las gestantes, especialmente aquellas con bajo nivel educativo, para promover el reconocimiento de signos de alarma obstétrica y fomentar el acceso oportuno a los servicios de salud.
4. Promover estudios clínicos complementarios a nivel local y regional, que evalúen en mayor profundidad el impacto del tipo de intervención durante el alumbramiento sobre los desenlaces maternos, para generar evidencia sólida que oriente futuras prácticas clínicas.
5. Fomentar el seguimiento activo de las pacientes durante el puerperio, mediante controles estructurados y visitas domiciliarias en casos de riesgo, a fin de asegurar una recuperación adecuada y prevenir complicaciones clínicas no detectadas en la atención institucional inmediata.
6. Fortalecer el registro clínico y estadístico de los partos atendidos, asegurando la recolección completa y precisa de información relacionada con antecedentes obstétricos, tipo de manejo del alumbramiento y complicaciones, para facilitar la toma de decisiones clínicas y administrativas.
7. Establecer estrategias interinstitucionales de mejora continua, integrando al personal asistencial, administrativo y comunitario para desarrollar una atención integral, segura y humanizada del parto y posparto, especialmente en zonas rurales como Panao.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Karlsson H, Pérez Sanz C. Hemorragia postparto. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2009 [citado el 11 de julio de 2024]; 32:159–67. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272009000200014&script=sci_abstract
2. World Health Organization: WHO. Mortalidad materna [Internet]. Who.int. World Health Organization: WHO; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
3. Salud materna - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2024 [citado el 11 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-materna>
4. García-Lavandeira S, Álvarez-Silvares E, Rubio-Cid P, Borrajo-Hernández E. Hemorragia posparto secundaria o tardía. Ginecología y obstetricia de México [Internet]. 2017; 85(4): 254–66. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000400007
5. Urpi Cardenas DA. Alumbramiento dirigido y retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal en el hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas - 2017 [Internet] Apurímac: Universidad Alas Peruanas; 2018 [citado el 11 de julio de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.uap.edu.pe/xmlui/handle/20.500.12990/8435>
6. Aldo Solari A, Caterina Solari G, Alex Wash F, Marcos Guerrero G, Omar Enríquez G. Hemorragia del postparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2014; 25(6): 993–1003. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0716-8640\(14\)70649-2](http://dx.doi.org/10.1016/s0716-8640(14)70649-2)
7. Bedriñana Muñoz K. Factores asociados a la retención de restos placentarios en parturientas del Hospital regional de Ayacucho, año 2010 – 2015 [Internet] Ayacucho: Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga; 2017 [citado el 11 de julio de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/1852>
8. Dubón Peniche M del C, Romero Vilchis ME. Retención de restos placentarios: Importancia del expediente clínico en la valoración de la

- atención médica. Caso de la CONAMED. Revista de la Facultad de Medicina (México) [Internet]. 2011 Oct 1; 54(5): 50–7. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422011000500009
9. Asturizaga P, Toledo Jaldin, Lilian. Hemorragia obstétrica. Revista Médica La Paz [Internet]. 2014; 20(2): 57–68. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000200009
 10. Gálvez Rojas M. Factores gineco obstétricos asociados a la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital De Pampas –Tayacaja, 2016 [Internet] Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica; 2019 [citado el 11 de julio de 2024]. Disponible en: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/1029ac09-a64c-4a3b-901d-0a173b2d5744/content>
 11. Villazana Álvarez K. Características de puérperas con retención de restos placentarios atendidas en el Centro de Salud de Chilca 2019 [Internet] Huancayo: Universidad Peruana del Centro; 2022 [citado el 11 de julio de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.upecen.edu.pe/handle/20.500.14127/314>
 12. Fabiola L, Cipirán G. Situación de la Mortalidad Materna 2022 y 2023 [Internet]. Disponible en: <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2023-05-18/cdc-mortalidad-materna-2022-2023.pdf>
 13. Moreyra Quispe C, Torres Tueros M. Factores de riesgo gineco-obstétricos asociados a la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital de Apoyo Cangallo Juan Fukunaga Soyama. 2016 – 2018 [Internet] Ayacucho: Universidad Nacional San Cristóbal Huamanga; 2020 [citado el 11 de julio de 2024]; Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3640931>
 14. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA. Situación epidemiológica de los eventos sujetos a vigilancia epidemiológica provincia de Huánuco [Internet]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5472923/4882588-2023-semana-43.pdf>

15. Defensoría del Pueblo - Perú [Internet]. [citado el 11 de julio de 2024]. Defensoría del Pueblo solicita a Diresa Huánuco fortalecer la atención de mujeres gestantes. Disponible en: <https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-solicita-a-diresa-huanuco-fortalecer-la-atencion-de-mujeres-gestantes/>
16. Ebada MA, Elmatboly AM, Baligh G. Intravenous oxytocin versus intramuscular oxytocin for the management of postpartum Hemorrhage: A systematic review and meta-analysis. *Curr Drug Res Rev* [Internet]. 2020; 12(2): 150–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2174/2589977512666200628013647>
17. Kodan LR, Verschueren KJC, Prüst ZD, Zuithoff NPA, Rijken MJ, Browne JL, et al. Postpartum hemorrhage in Suriname: A national descriptive study of hospital births and an audit of case management. *PLoS One* [Internet]. 2020; 15(12): e0244087. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0244087>
18. Patrick HS, Mitra A, Rosen T, Ananth CV, Schuster M. Pharmacologic intervention for the management of retained placenta: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2020; 223(3): 447.e1-447.e19. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2020.06.044>
19. Maiellano B, Hernández-Rojas PE. Alumbramiento dirigido con oxitocina intraumbilical. *J Negat No Posit Results* [Internet]. 2020 [cited 2025 May 16]; 5(4): 428–35. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000400005
20. Franke D, Zepf J, Burkhardt T, Stein P, Zimmermann R, Haslinger C. Retained placenta and postpartum hemorrhage: time is not everything. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 2021; 304(4): 903–11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00404-021-06027-5>
21. Favilli A, Tosto V, Ceccobelli M, Parazzini F, Franchi M, Bini V, et al. Risk factors for non-adherent retained placenta after vaginal delivery: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2021; 21(1): 268. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-021-03721-9>

22. Cohen G, Kovo M, Biron-Shental T, Markovitch O, Daykan Y, Schreiber H. Risk factors for retained placenta in a first pregnancy-A clinical trial. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2023; 163(1): 194–201. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/ijgo.14800>
23. Vega Gutiérrez JA, Aliaga Sánchez AY. Oxitocina intramuscular e intraumbilical en el alumbramiento dirigido en madres atendidas en el Hospital II-1 Dr. José Peña Portuguez, Tocache 2021. [Internet] Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica; 2022 [citado el 15 de julio de 2024]. Disponible en: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/1387a3cd-0f39-42c4-b955-ebaea3cf6106/content>
24. Lamas Alférez NK, Carrasco Alcántara JJ. Factores clínico-epidemiológicos maternos asociados a la atonía uterina en puérperas del servicio de ginecología y obstetricia. Hospital San Bartolomé. Marzo 2019-marzo 2021 [Internet] Lima: Universidad Ricardo Palma; 2022 [citado el 15 de julio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/5284>
25. Hernández De La Cruz JM. Relación entre alumbramiento incompleto y factores obstétricos en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022 [Internet] Ica. Universidad Nacional San Luis Gonzaga; 2024 [citado el 15 de julio de 2024]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13028/4953>
26. Barzola Cochachi NM, Pozo Hilario AT. Características clínicas y obstétricas de puérperas con retención de restos placentarios atendidas en el Centro de Salud la Unión, Huánuco 202 [Internet] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2022 [citado el 15 de julio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.unh.edu.pe/handle/unh/5356>
27. Pijnenborg R, Vercruysse L, Brosens I. Deep placentation. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2011; 25(3): 273–85. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2010.10.009>
28. Schwarcz R. Obstetricia. Buenos Aires: El Ateneo; 2005.
29. Jauniaux E, Collins SL, Jurkovic D, Burton GJ. Accreta placentation: a systematic review of prenatal ultrasound imaging and grading of villous

- invasiveness. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2016; 215(6): 712–21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2016.07.044>
30. Brosens I, Pijnenborg R, Vercruysse L, Romero R. The “Great Obstetrical Syndromes” are associated with disorders of deep placentation. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2011; 204(3): 193–201. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2010.08.009>
 31. Benirschke K. The biology of the twinning process: how placentation influences outcome. *Semin Perinatol* [Internet]. 1995; 19(5): 342–50. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0146-0005\(05\)80012-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0146-0005(05)80012-6)
 32. Roberts RM, Green JA, Schulz LC. The Evolution of the Placenta. *Reproduction* (Cambridge, England) [Internet]. 2016 nov 1; 152(5): R179–89. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5033709/>
 33. Gude NM, Roberts CT, Kalionis B, King RG. Growth and function of the normal human placenta. *Thromb Res* [Internet]. 2004; 114(5–6): 397–407. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.thromres.2004.06.038>
 34. Maltepe E, Fisher SJ. Placenta: the forgotten organ. *Annu Rev Cell Dev Biol* [Internet]. 2015; 31(1): 523–52. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-cellbio-100814-125620>
 35. Benirschke K. The Placenta: Structure and Function. *NeoReviews* [Internet]. el 1 de junio de 2004 [citado el 15 de julio de 2024]; 5(6): e252–61. Disponible en: <https://neoreviews.aappublications.org/content/5/6/e252>
 36. Huppertz B. The anatomy of the normal placenta. *J Clin Pathol* [Internet]. 2008; 61(12): 1296–302. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/jcp.2008.055277>
 37. Donnelly L, Campling G. Functions of the placenta. *Anaesth Intensive Care Med* [Internet]. 2016; 17(7): 349–53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mpaic.2016.04.004>
 38. Burton GJ, Fowden AL. The placenta: a multifaceted, transient organ. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* [Internet]. 2015; 370(1663): 20140066. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1098/rstb.2014.0066>
 39. Ortega MA, Fraile-Martínez O, García-Montero C, Sáez MA, Álvarez-Mon MA, Torres-Carranza D, et al. The pivotal role of the placenta in normal

- and pathological pregnancies: A focus on preeclampsia, fetal growth restriction, and maternal chronic venous disease. *Cells* [Internet]. 2022; 11(3): 568. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/cells11030568>
40. Yong HEJ, Chan S-Y. Current approaches and developments in transcript profiling of the human placenta. *Hum Reprod Update* [Internet]. 2020; 26(6): 799–840. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/humupd/dmaa028>
 41. Minh HN, Douvin D, Smadja A, Orcel L. The dynamics of the amniotic fluid. *Annales d'anatomie pathologique* [Internet]. 1978; 23(4-5): 333–50. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/753114/>
 42. Areia AL, Moura P. Amniotic Membrane in Health and Disease: An Obstetrical Perspective. En: Mamede AC, Botelho MF, editores. *Amniotic Membrane: Origin, Characterization and Medical Applications* [Internet]. Dordrecht: Springer Netherlands; 2015 [citado el 16 de julio de 2024]. p. 77–101. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-94-017-9975-1_5
 43. Germain AM, Smith J, Casey ML, MacDonald PC. Human fetal membrane contribution to the prevention of parturition: uterotonin degradation. *J Clin Endocrinol Metab* [Internet]. 1994; 78(2): 463–70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1210/jcem.78.2.8106636>
 44. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva [Internet]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>
 45. Cifuentes-Borrero R, Hernández-Carrillo M, Toro-Cifuentes AM, Franco-Torres VR, Cubides-Munevar ÁM, Duarte-González IJ. A propósito de una nueva clasificación del embarazo a término. Resultados neonatales en una clínica de tercer nivel de atención en Cali, Colombia. Un estudio de corte transversal, 2013. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. 2016 [citado el 16 de julio de 2024]; 67(4): 271. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/1065>
 46. Olza I, Uvnas-Moberg K, Ekström-Bergström A, Leahy-Warren P, Karlsdottir SI, Nieuwenhuijze M, et al. Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to

- neurohormonal events during childbirth. PLoS One [Internet]. 2020;15(7): e0230992. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0230992>
47. Walrath D. Rethinking pelvic typologies and the human birth mechanism. Curr Anthropol [Internet]. 2003; 44(1): 5–31. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1086/344489>
48. Guías de Protocolos de: Habilidades obstétricas [Internet]. Edu.sv. [citado el 16 de julio de 2024]. Disponible en: <https://goo.su/6MqsONI>
49. Aguilar HN, Mitchell BF. Physiological pathways and molecular mechanisms regulating uterine contractility. Hum Reprod Update [Internet]. 2010; 16(6): 725–44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/humupd/dmq016>
50. de Ziegler D, Bulletti C, Fanchin R, Epiney M, Brioschi PA. Contractility of the nonpregnant uterus: the follicular phase. Ann N Y Acad Sci [Internet]. 2001; 943: 172–84. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1749-6632.2001.tb03801.x>
51. Ministerio de Salud (MINSA). Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología 2023 [Internet]. www.gob.pe. Disponible en: <https://goo.su/zqWz3r>
52. Rodrigo Cifuentes B, Hoover Canaval E, Al E. Obstetricia de alto riesgo. Bogotá, D.C: Distribuna Editorial; 2013.
53. Norwitz ER, Robinson JN, Challis JR. The control of labor. N Engl J Med [Internet]. 1999; 341(9): 660–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM199908263410906>
54. Béranger R, Chantry AA. Oxytocin administration during spontaneous labor: Guidelines for clinical practice. Chapter 1: Definition and characteristics of normal and abnormal labor. J Gynecol Obstet Hum Reprod [Internet]. 2017; 46(6): 469–78. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jogoh.2017.04.011>
55. Felipe O, Montoya JB. Manejo del tercer y cuarto periodos del trabajo de parto [Internet]. McGraw Hill Medical. 2025. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?sectionid=121619720&bookid=1756>
56. Asistencia obstétrica del alumbramiento fisiológico [Internet]. Revista-portalesmedicos.com. 2017. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com>

portalesmedicos.com/revista-medica/asistencia-obstetrica-
alumbramiento-fisiologico/

57. Cunningham FG, Leveno KJ, Dashe JS, Hoffman BL, Spong CY, Casey BM. Williams Obstetrics. 26th ed. New York: McGraw Hill Medical; 2022
58. Westhoff G, Cotter AM, Tolosa JE. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2013; (10):CD001808. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001808.pub2>
59. Salati JA, Leathersich SJ, Williams MJ, Cuthbert A, Tolosa JE. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2019; 4: CD001808. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001808.pub3>
60. López-Ramírez CE, Arámbula-Almanza J, Camarena-Pulido EE. Oxitocina, la hormona que todos utilizan y que pocos conocen. Ginecología y Obstetricia de México [Internet]. 2014; 82(07): 472–82. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=50054>
61. Poeschmann RP, Doesburg WH, Eskes TK. A randomized comparison of oxytocin, sulprostone and placebo in the management of the third stage of labour. Br J Obstet Gynaecol [Internet]. 1991; 98(6): 528–30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.1991.tb10364.x>
62. Curicho Ronquillo CE. Beneficios del 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 [Internet] Ambato: Universidad Técnica de Ambato; 2013 [citado el 17 de julio de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec:8443/jspui/handle/123456789/3644>
63. Hofmeyr GJ, Mshweshwe NT, Gülmezoglu AM. Controlled cord traction for the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2015; 1(5): CD008020. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD008020.pub2>

64. Peña-Martí G, Comunián-Carrasco G. Fundal pressure versus controlled cord traction as part of the active management of the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2007 [citado el 17 de julio de 2024]; 2010(4): CD005462. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005462.pub2/full>
65. Beard R. Controlled cord traction. *Nursing mirror and midwives journal* [Internet]. 1969 [citado el 17 de julio de 2024]; Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/f830f445263296e42b3d81cd81946bce440cc31b>
66. Abraham K, Nuwamanya S, Swanson M, Kendall J, Waits S. Are cord traction or uterine massage in the third stage of labor effective in decreasing postpartum hemorrhage? *Evid-Based Pract.* marzo de 2021; 24(3): 37.
67. Levinsohn-Tavor O, Feldman N, Svirsky R, Smorgick N, Nir-Yoffe A, Maymon R. Ultrasound criteria for managing postpartum patients with suspicion of retention of conception products. *Acta Radiol* [Internet]. 2020; 61(2): 276–81. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/0284185119855185>
68. Weissbach T, Haikin-Herzberger E, Bacci-Hugger K, Shechter-Maor G, Fejgin M, Biron-Shental T. Immediate postpartum ultrasound evaluation for suspected retained placental tissue in patients undergoing manual removal of placenta. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* el 1 de septiembre de 2015; 192: 37–40.
69. Fumero SR, González CC, Chavarría AG. Hemorragia posparto primaria: diagnóstico y manejo oportuno. *Rev Medica Sinerg.* el 1 de junio de 2020; 5(6): e512–e512.
70. Guevara Ríos E. Manejo activo de la tercera etapa del parto salva vidas. *Investigación Materno Perinatal* [Internet]. 2022 [citado el 17 de julio de 2024]; 11(2): 7–8. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/articloe/view/282>
71. Bernaud-Bourrelrier L, Ishaque U, Gabriel R. Alumbramiento normal, alumbramiento dirigido, hemorragias posparto. *EMC - Ginecol-Obstet*

- [Internet]. 2017; 53(4): 1–14. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s1283-081x\(17\)86888-0](http://dx.doi.org/10.1016/s1283-081x(17)86888-0)
72. Parto normal | EnFamilia [Internet]. Aeped.es. 2011. Disponible en: <https://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/parto-normal>
 73. Barrena Neyra M, Quispe Saravia Ildelfonso P, Flores Noriega M, León Rabanal C. Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un hospital docente de Lima, Perú. Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. abril de 2020 [citado el 19 de julio de 2024]; 66(2). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2304-51322020000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 74. Weeks AD. The Retained Placenta. Afr Health Sci. agosto de 2001; 1(1): 36–41.
 75. Molina Vélchez R, Sánchez de Rosales M. Utilidad de la biopsia de placenta. Gac Médica Caracas. marzo de 2001; 109(3): 301–3.
 76. Qué son las membranas ovulares. Diccionario médico. Clínica U. Navarra [Internet]. <https://www.cun.es>. [citado el 19 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/membranas-ovulares>
 77. Manterola C, Otzen T. Estudios Observacionales: Los Diseños Utilizados con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica. Int J Morphol. junio de 2014; 32(2): 634–45.
 78. Veiga De Cabo J, Fuente Díez EDL, Zimmermann Verdejo M. Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. Med Segur Trab [Internet]. marzo de 2008 [citado el 19 de julio de 2024];54(210). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000100011&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 79. Cvetkovic-Vega A, Maguiña JL, Soto A, Lama-Valdivia J, López LEC. Estudios transversales. Rev Fac Med Humana. enero de 2021; 21(1): 179–85.
 80. Quispe AM, Valentín EB, Gutiérrez AR, Mares JD. Serie de Redacción Científica: Estudios Trasversales. Rev Cuerpo Méd Hosp Nac Almanzor Aguinaga Asenjo. enero de 2020; 13(1): 72–7.
 81. Alberto C, Novoa B. Investigación cuantitativa [Internet]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/326424046.pdf>

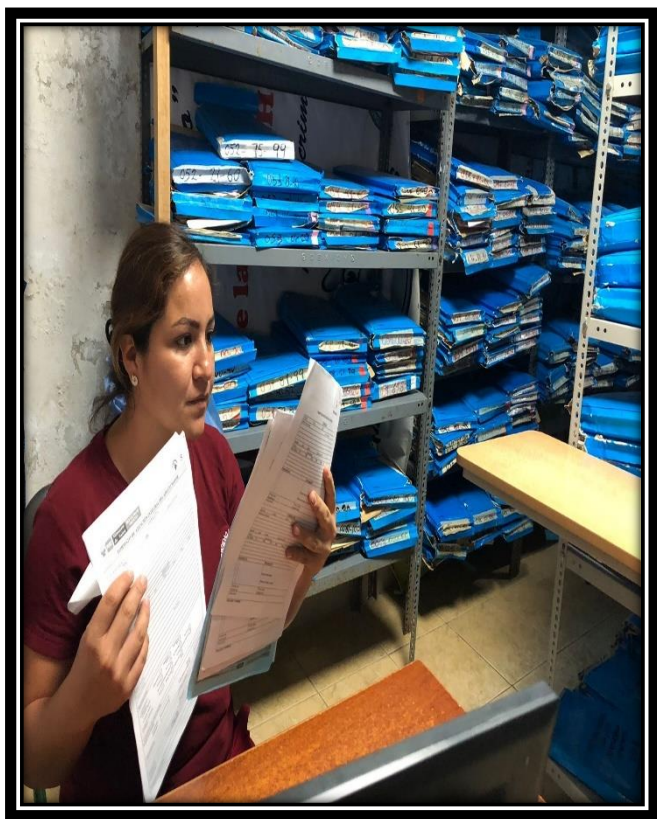
COMO CITAR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

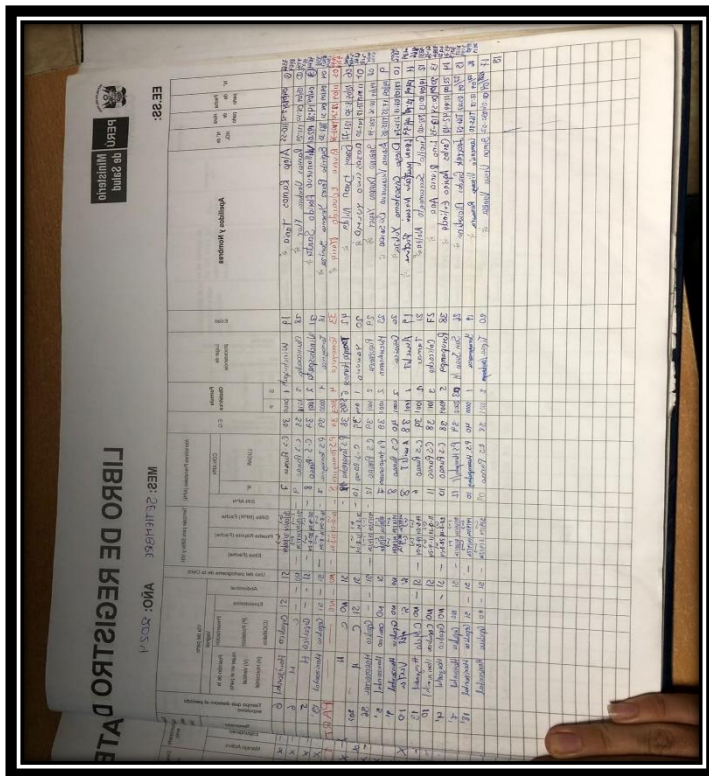
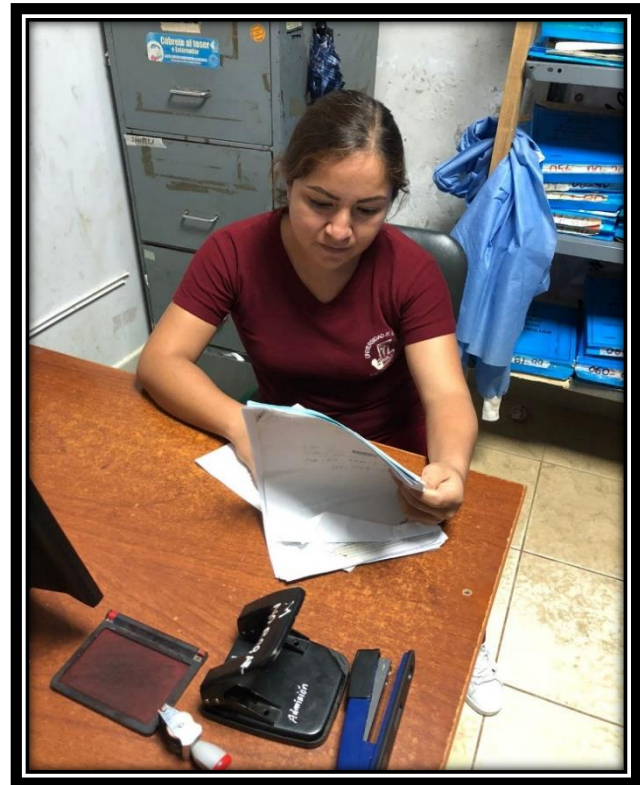
García H. Alumbramiento dirigido y retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal en el Centro de Salud Pano - 2024 [Internet] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2025 [Consultado]. Disponible en: <http://...>

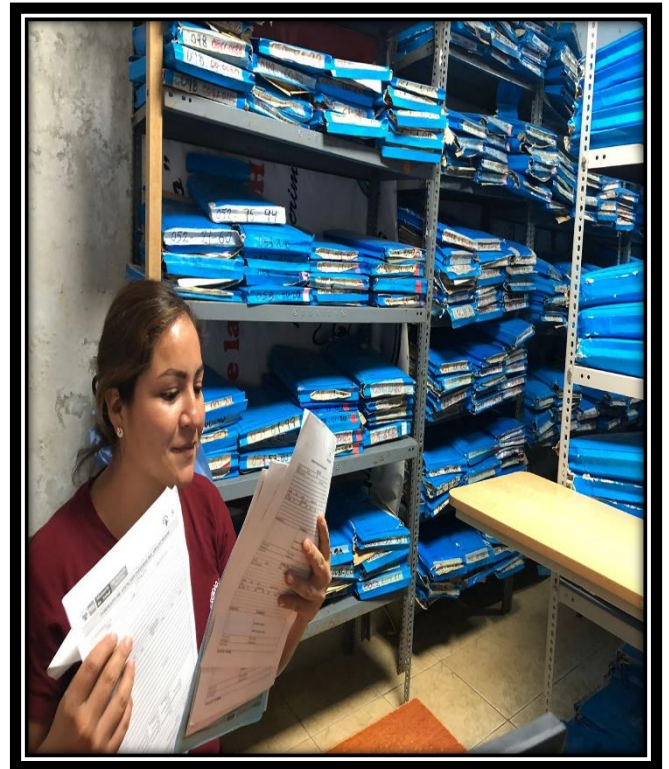
ANEXOS

ANEXO 1

FOTOGRAFÍAS





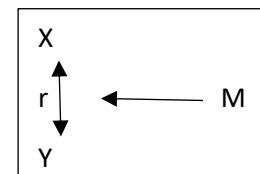


ANEXO 2

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Investigación “**Alumbramiento dirigido y retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal en el Centro de Salud Panao – 2024**”

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	VARIABLES	METODOLOGÍA	TÉCNICA
¿Cuál es la relación entre el alumbramiento dirigido y la retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal en el Centro de Salud Panao - Huánuco, durante el año 2024?	Determinar la relación entre el alumbramiento dirigido y la retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao de Huánuco durante el año 2024	Hi: Existe relación entre el alumbramiento dirigido y la retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal en el Centro de Salud Panao de Huánuco, durante el año 2024 Ho: No existe relación entre el alumbramiento dirigido y la retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal en el Centro de	VARIABLE DE SUPERVISIÓN Retención de restos placentarios VARIABLE DE RELACIÓN Alumbramiento dirigido VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN • Características De riesgo (antecedente de legrado uterino, antecedente de aborto, antecedente de cesárea y adherencia anormal de la placenta) • Complicación clínica posparto (óbito fetal, hemorragia posparto y endometritis)	TIPO DE INVESTIGACIÓN Fue de tipo, observacional, retrospectiva, transversal MÉTODO Cuantitativo NIVEL Relacional DISEÑO Correlacional	TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS Mediante la revisión de documentos (historias clínicas), por ende, se realizó un análisis documental de las historias clínicas INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS Ficha de recolección de datos que, para las variables de correlación, este instrumento estuvo conformado por dimensiones: 1. Dimensión Retención de restos
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS				
P₁: ¿Cuál es la frecuencia de casos de retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal con alumbramiento dirigido, atendidas en el Centro de Salud Panao - Huánuco durante el año 2024?	O₁: Determinar la frecuencia de casos de retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal con alumbramiento dirigido atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco durante el año 2024				
P₂: ¿Cuál es el tipo de alumbramiento dirigido más frecuente en los partos vaginales atendidos en el Centro de Salud Panao -	O₂: Identificar el tipo de alumbramiento dirigido más frecuente en los partos vaginales atendidos en el Centro de				



Donde:

Huánuco durante el año 2024? P₃: ¿Cuáles son las características de riesgo, clínicas, demográficas y obstétricas presentes en las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco durante el año 2024?	Salud Panao – Huánuco durante el año 2024 O₃: Describir las características de riesgo, clínicas posparto, demográficas y obstétricas presentes en las pacientes de parto vaginal atendidas en el Centro de Salud Panao – Huánuco durante el año 2024	Salud Panao de Huánuco, durante el año 2024 • Demográfica (edad, grado de instrucción, estado civil y ocupación) • Obstétrica (paridad, periodo intergenésico (PIG), duración del parto y modalidad del alumbramiento)	• M (Muestra de pacientes con diagnóstico de parto vaginal) • X (Variable 1, Alumbramiento dirigido) • Y (Variable 2, retención de restos placentarios) • r (correlación entre variables) POBLACIÓN Dentro de la población, estuvieron conformadas por 118 pacientes de parto vaginal, atendidas en el Centro de Salud de Panao de Huánuco, durante el año 2024 MUESTRA En este estudio, la muestra consistió de 90 historias clínicas de puérperas que, para representarlos se siguió la secuencia del criterio inclusivo.	placentarios (1 ítem) 2. Dimensión 2: Alumbramiento dirigido (1 ítem) Para las variables de caracterización, se creó una tercera dimensión o también llamada características generales de las puérperas: • Características de riesgo (4 ítems) • Características clínicas (que fueron las complicaciones postparto) con 3 ítems • Características demográficas (4 ítems) • Características obstétricas (4 ítems)
---	--	--	--	--

ANEXO 3

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Investigación: “Alumbramiento dirigido y retención de restos
placentarios en pacientes de parto vaginal en el Centro de Salud Panao
– 2024”

N° HC _____

PACIENTE N° _____

I. CARACTERÍSTICAS GENERALES

A. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

1. Edad

- a) 14 a 19 años
- b) 20 a 35 años
- c) 36 años a más

2. Grado de instrucción

- a) Sin instrucción
- b) Estudios primarios
- c) Estudios secundarios
- d) Superior no universitario
- e) Superior universitario

3. Estado civil

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Conviviente

4. Ocupación

- a) Ama de casa
- b) Trabajadora independiente
- c) Trabajadora dependiente

B. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

5. Paridad

- a) Nulípara (0 partos)
- b) Primípara (1 parto)
- c) Secundípara (2 partos)
- d) Multípara (3 a 5 partos)
- e) Gran multípara (> 6 partos)

6. Periodo intergenésico (PIG)

- a) Sin PIG
- b) Corto (< 24 meses)
- c) Normal (24 a 48 meses)
- d) Largo (> 48 meses)

7. Duración del parto

- a) Precipitado (< 3 horas)
- b) Normal (4 a 12 horas)
- c) Prolongado (> 12 horas)

8. Modalidad del alumbramiento

- a) Schultze
- b) Duncan

C. CARACTERÍSTICAS DE RIESGO

9. Antecedente de legrado uterino

- a) Si
- b) No

10. Antecedente de aborto

- a) Si
- b) No

11. Antecedente de cesárea

- a) Si
- b) No

12. Adherencia anormal de la placenta

- a) Si
- b) No

D. COMPLICACIONES POSTPARTO

13. Óbito fetal

- a) Si
- b) No

14. Hemorragia postparto

- a) Si
- b) No

15. Endometritis

- a) Si
- b) No

II. RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS

16. Diagnóstico confirmatorio de retención de restos placentarios

- a) Si
- b) No

III. ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO

17. Tipo de alumbramiento dirigido

- a) Oxitocina
- b) Oxitocina + masaje uterino

ANEXO 4
VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN
INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE
VALIDACIÓN

I. DATOS GENERALES:

1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto):

Pozo Perez Martha Alejandrino

1.2. Institución donde labora:

Hospital Regional Herminia Urdizan Medrano

1.3. Denominación del Instrumento:

"Alumbramiento dirigido y retención de restos placentarios
en pacientes de parto vaginal de Centro de Salud Panao-2024

1.4. Autor del instrumento:

Garcia Ambicho Hancel Yoisi

1.5 Aspecto de Validación:

Se evaluará con el siguiente cuadro
de puntuación

VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del instrumento	Grado de Evaluación				
		Deficiente	Baja	Regular	Buena	Muy Buena
		1 (01-09)	2 (10-12)	3 (12-15)	4 (15-18)	5 (18-20)
CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					✓
OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles					✓
ORGANIZACIÓN	Está organizado en forma lógica				✓	
SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento				✓	
CONSISTENCIA	Basados en los aspectos teóricos científicos				✓	
COHERENCIA	Existe relación entre las variables, los indicadores de la variable y los ítems				✓	
PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados				✓	
SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					✓
METODOLOGÍA	La estrategia responde a los objetivos de la investigación				✓	
ACTUALIZACIÓN	Está adecuado de acuerdo al avance de la ciencia y tecnología.				✓	

a). De 01 a 09: (No válido, reformular)

b). De 10 a 12: (No válido, modificar)

c). De 12 a 15: (Válido, mejorar)

d). De 15 a 18: (Válido, precisar)

e). De 18 a 20: (Válido, aplicar)

OPINION DE APLICABILIDAD

EL INSTRUMENTO CUMPLE CON LOS REQUISITOS PARA SU APLICACIÓN

PROMEDIO DE VALORACIÓN: 18.

FECHA: 26 DE FEBRERO DEL 2025.

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
Dirección Regional de Salud
Hospital Regional "Hermilio Valdizan Medrano"
Martha Alejandrina Pozo Perez
OBSTETRA
COP 8818

FIRMA DEL EXPERTO

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE VALIDACIÓN

I. DATOS GENERALES:

1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto):

Rno. Berrospi, Maritza

1.2. Institución donde labora:

Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano

1.3. Denominación del Instrumento:

"Alumbramiento dirigido y retención de restos Placentarios en pacientes de parto vaginal de Centro de Salud Panazo - 2024"

1.4. Autor del instrumento:

García Ambicho Haniel Yoris

1.5 Aspecto de Validación:

Se evalúa con el siguiente cuadro de puntuación

VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del instrumento	Grado de Evaluación				
		Deficiente	Baja	Regular	Buena	Muy Buena
		1 (01-09)	2 (10-12)	3 (12-15)	4 (15-18)	5 (18-20)
CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					X
OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles				✓	
ORGANIZACIÓN	Está organizado en forma lógica				✓	
SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento				✓	
CONSISTENCIA	Basados en los aspectos teóricos científicos				✓	
COHERENCIA	Existe relación entre las variables, los indicadores de la variable y los ítems				✓	
PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados				✓	
SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento				✓	
METODOLOGÍA	La estrategia responde a los objetivos de la investigación				✓	
ACTUALIZACIÓN	Está adecuado de acuerdo al avance de la ciencia y tecnología.				✓	

a). De 01 a 09: (No válido, reformular)

b). De 10 a 12: (No válido, modificar)

c). De 12 a 15: (Válido, mejorar)

d). De 15 a 18: (Válido, precisar)

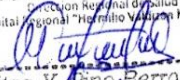
e). De 18 a 20: (Válido, aplicar)

OPINION DE APLICABILIDAD

Dicho instrumento calificado puede ser aplicado
porque cumple los requisitos.

PROMEDIO DE VALORACIÓN: 17

FECHA: 20 de febrero del 2025

 GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
Dirección Regional de Salud
Hospital Regional "Herminio Yáñez Medrano"

Maritza Y. Pino-Berrospi
OBSTETRA
COP. 35633

.....
FIRMA DEL EXPERTO

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE VALIDACIÓN

I. DATOS GENERALES:

1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto):

..... Marcelo Armas Maricela

1.2. Institución donde labora:

..... Hospital Regional Herminio Valdizan Medrano

1.3. Denominación del Instrumento:

..... "Alumbramiento dirigido y retención de restos placentarios
en pacientes de parto vaginal de Centro de Salud Puno-2024."

1.4. Autor del instrumento:

..... García Ambicho Hancel Yoisi

1.5 Aspecto de Validación:

..... Se evalúa con el siguiente cuadro de
puntuación

VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del instrumento	Grado de Evaluación				
		Deficiente	Baja	Regular	Buena	Muy Buena
		1 (01-09)	2 (10-12)	3 (12-15)	4 (15-18)	5 (18-20)
CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					X
OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles				X	
ORGANIZACIÓN	Está organizado en forma lógica				X	
SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento				X	
CONSISTENCIA	Basados en los aspectos teóricos científicos					X
COHERENCIA	Existe relación entre las variables, los indicadores de la variable y los ítems				X	
PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados				X	
SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento				X	
METODOLOGÍA	La estrategia responde a los objetivos de la investigación					X
ACTUALIZACIÓN	Está adecuado de acuerdo al avance de la ciencia y tecnología.					X

a). De 01 a 09: (No válido, reformular)

b). De 10 a 12: (No válido, modificar)

c). De 12 a 15: (Válido, mejorar)

d). De 15 a 18: (Válido, precisar)

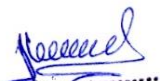
e). De 18 a 20: (Válido, aplicar)

OPINION DE APLICABILIDAD

El instrumento puede ser aplicado, tal como está
elaborado.

PROMEDIO DE VALORACIÓN:18.....

FECHA:26 de febrero del 2025.....


.....
 Maricela Marcello Armas
OBSTETRA
COP. 8537

.....
FIRMA DEL EXPERTO

ANEXO 5 SOLICITUD DE PERMISO



GOBIERNO REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO
RED DE SALUD PACHITEA
MICRO RED PANAÓ- CENTRO DE SALUD PANAÓ



“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra
Independencia, y de la conmemoración de las Heroicas Batallas
de Junín y Ayacucho”

CARTA DE ACEPTACIÓN

LIC. ENF. XIMENA J. VERDE SUAREZ
JEFE DE LA MICRORED PANAÓ

De mi mayor consideración:

Por medio de la presente me dirijo a Ud. para saludarle, y, asimismo, dar
respuesta a su solicitud, manifestarle que el proyecto de Investigación
titulado **“ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO Y RETENCIÓN DE RESTOS
PLACENTARIOS EN PACIENTES DE PARTO VAGINAL EN EL
CENTRO DE SALUD PANAÓ - 2024”**. Elaborado por la estudiante del
Programa académico Profesional de Obstetricia, **HANCEL YOISI
GARCIA AMBICHO** a solicitud del interesado, mi persona acepta la
elaboración de su proyecto en el **CENTRO DE SALUD PANAÓ** mediante
las historias clínicas en las que serán brindadas por parte de admisión.
Elevo a su despacho para que se realicen los trámites correspondientes
aprovecho la oportunidad para expresarle las muestras de mi especial
consideración y estima personal.

Atentamente,

Martes, 17 de diciembre del 2024

 GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO
RED DE SALUD PACHITEA
Lic. Enf. Ximena J. Verde Suarez
CEP: 88057
JEFE DE LA MICRORED PANAÓ

LIC. ENF. XIMENA J. VERDE
SUAREZ

JEFE DE LA MICRORED PANAÓ

ANEXO 6

BASE DE DATOS

Investigación “**Alumbramiento dirigido y retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal en el Centro de Salud Panao – 2024**”

Características generales de las historias clínicas de las pacientes de parto vaginal																	
Dimensión	Características demográficas				Características obstétricas				Características de riesgo				Complicaciones clínicas posparto			V1	V2
Variable	Edad	Grado de instrucción	Estado civil	Ocupación	Paridad	Periodo intergenésico	Duración de parto	Modalidad de alumbramiento	Antecedente de legrado uterino	Antecedente de aborto	Antecedente de cesárea	Adherencia anormal de la placenta	Óbito fetal	Hemorragia posparto	Endometritis	Alumbramiento dirigido	Retención de restos placentarios
Nro	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	Ítem 9	Ítem 10	Ítem 11	Ítem 12	Ítem 13	Ítem 14	Ítem 15	Ítem 16	Ítem 17
1	3	1	3	1	5	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1
2	2	5	1	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2
3	3	1	3	1	4	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1
4	2	2	2	1	3	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2
5	3	1	3	1	5	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1
6	2	2	3	1	4	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1
7	2	2	3	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2	1	1
8	2	2	3	1	3	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1
9	1	3	3	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2
10	2	4	3	1	3	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1
11	2	2	3	1	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1
12	2	2	1	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1
13	1	2	3	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2
14	2	2	2	1	3	3	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1	1

15	2	2	3	1	4	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	1
16	3	2	3	1	5	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1
17	2	2	3	1	4	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1
18	1	3	3	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1
19	1	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
20	2	3	3	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1
21	2	2	3	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1
22	1	2	3	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1
23	2	4	3	1	3	3	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1
24	2	2	3	1	4	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1
25	2	2	2	1	4	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
26	2	2	2	1	4	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2
27	1	3	3	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
28	1	4	3	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1
29	2	2	2	1	3	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
30	2	2	1	1	3	3	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1
31	1	3	3	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1
32	1	2	3	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1
33	2	3	2	1	3	3	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1
34	2	3	2	1	3	3	1	1	2	1	2	2	2	2	2	1
35	2	2	3	1	3	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
36	2	3	2	1	3	3	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1
37	3	3	2	3	4	3	1	1	2	1	2	2	2	2	2	1
38	2	3	3	1	3	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1
39	2	3	3	1	3	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	1
40	2	1	3	1	3	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1
41	2	2	3	1	4	3	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2
42	2	1	3	1	4	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1
43	2	2	3	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1
44	2	3	3	1	4	3	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1
45	2	2	1	1	3	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1
46	1	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1
47	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1
48	3	2	2	1	4	3	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2
49	3	3	3	1	2	3	3	2	1	1	2	2	2	2	2	1

50	2	5	3	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2
51	1	2	1	1	2	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1
52	2	2	3	3	3	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1
53	3	1	3	1	5	3	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	1
54	2	2	2	1	4	3	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1
55	2	3	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2
56	2	2	1	1	2	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1
57	2	2	3	3	5	3	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	1
58	2	3	3	1	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
59	1	1	1	1	2	1	3	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1
60	1	2	1	1	2	1	3	1	2	2	2	2	2	1	2	1	2
61	2	3	2	1	3	3	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1
62	2	4	3	3	3	2	3	1	2	2	2	2	2	1	2	1	1
63	1	2	1	1	2	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2
64	2	1	3	1	3	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2
65	2	1	2	1	4	3	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1
66	3	1	3	1	5	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	1
67	3	1	2	1	4	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1
68	1	2	1	1	2	1	3	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1
69	1	1	1	1	2	1	3	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1
70	2	3	2	2	4	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1
71	2	2	3	1	4	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2
72	2	2	3	1	4	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2
73	2	2	3	1	4	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2
74	2	2	3	1	3	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1
75	3	1	2	1	3	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	1
76	1	1	1	1	2	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2
77	1	2	1	1	3	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1
78	3	1	3	1	4	3	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	1
79	3	1	2	1	5	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	1	1
80	3	2	2	1	5	3	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1
81	1	2	1	1	2	1	3	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1
82	1	2	1	1	2	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2
83	2	2	1	1	2	1	3	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1
84	2	3	1	1	3	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1

85	2	3	3	1	2	1	3	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2
86	3	1	2	1	5	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1
87	2	2	3	1	4	3	3	1	2	1	2	2	2	2	2	1	1
88	2	2	2	1	4	3	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1
89	2	1	1	1	2	1	3	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2
90	1	1	1	1	2	1	3	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1