

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



TESIS

**“Factores obstétricos asociados a retención de restos placentarios
en puérperas atendidas en el Centro de Salud la Unión de Huánuco,
2023”**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTORA: Lucas Santos, Candy Katty

ASESORA: Urbina Rosas, Kim Jannet

HUÁNUCO – PERÚ

2024

U

D

H



UDH
UNIVERSIDAD DE HUANCAYO
<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 Materno y Perinatal
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): 76432227

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 22472135

Grado/Título: Maestra en ciencias de la salud con
mención en gerencia en servicios de salud

Código ORCID: 0000-0003-2673-4152

DATOS DE LOS JURADOS:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Sinche Alejandro, Marisol	Magister en gestión pública	22489669	0000-0001-5710-8424
2	Quiroz Tucto, Mariella Mariyu	Maestra en ciencias de la salud con mención en salud pública y docencia universitaria	41168800	0000-0002-4216-1553
3	Falcón Fretel, Lidia Betzaida	Magister en ciencias de la salud Salud pública y docencia universitaria	42510587	0000-0003-4236-6871



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las **nueve** horas de la fecha **once** del mes de **setiembre** del año **dos mil veinticuatro**, 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. Marisol Sinche Alejandro | Presidente |
| • Mg. Mariella Mariyu Quiroz Tucto | Secretaria |
| • Mg. Lidia Betzaida Falcon Fretel | Vocal |

Nombrados mediante **RESOLUCION 2141-2024-D-FCS-UDH**, para evaluar la Tesis intitulado **“FACTORES OBSTETRICOS ASOCIADOS A RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD LA UNION DE HUANUCO, 2023”**; presentado por la Bachiller en Obstetricia la Sra. **Candy Katty LUCAS SANTOS**, 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, declarándola APROBADA por UNANIMIDAD con el calificativo cuantitativo de 14 y cualitativo de SUFICIENTE.

Siendo las, 10:30 horas del día **once** del mes de **setiembre** del año **2024** los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

MG. MARISOL SINCHE ALEJANDRO
DNI: 22487693
CÓDIGO ORCID: 0000-0001-5710-8424

MG. MARIELLA MARIYU QUIROZ TUCTO
DNI: 41168800
CÓDIGO ORCID: 0000-0001-8585-1426

MG. LIDIA BETZAIDA FALCON FRETOL
DNI: 42510587
CÓDIGO ORCID: 0000-0003-4236-6871



VICERRECTORADO DE
INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El comité de integridad científica, realizó la revisión del trabajo de investigación del estudiante: CANDY KATTY LUCAS SANTOS, de la investigación titulada "Factores obstétricos asociados a retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Centro de Salud la Unión de Huánuco, 2023", con asesora KIM JANNET URBINA ROSA, designada mediante documento: RESOLUCIÓN N° 1083-2023-D-FCS-UDH P. A. de OBSTETRICIA.

Puede constar que la misma tiene un índice de similitud del 19 % 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, 16 de agosto de 2024



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



FERNANDO F. SILVERIO BRAVO
D.N.I.: 40618286
cod. ORCID: 0009-0008-6777-3370

10. CANDY KATTY LUCAS SANTOS.docx

INFORME DE ORIGINALIDAD

19%	18%	1%	4%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unh.edu.pe Fuente de Internet	5%
2	apirepositorio.unh.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	www.scribd.com Fuente de Internet	2%
4	repositorio.unheval.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	1library.co Fuente de Internet	1%



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



FERNANDO F. SILVERIO BRAVO
D.N.I.: 40618286
cod. ORCID: 0009-0008-6777-3370

DEDICATORIA

Dedico mi tesis principalmente a Dios, por darme la fuerza necesaria, a mi madre, porque ella siempre estuvo otorgándome su amparo y sugerencias para fortalecer mi desarrollo personal.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a los formadores, autoridades y alma mater de la Universidad de Huánuco por contribuir en mi formación, entes de enorme sapiencia; las cuales contribuyeron e impulsaron a alcanzar mis metas. Muchas gracias a mi asesora Dra. Kim Jannet Urbina Rosas por la orientación que me brindo en la elaboración de este estudio de investigación.

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
ÍNDICE.....	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VI
ÍNDICE DE GRÁFICOS	VIII
RESUMEN	X
ABSTRACT	XI
INTRODUCCIÓN	XII
CAPITULO I	13
PROBLEMA DE INVESTIGACION	13
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	13
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	17
1.2.1. PROBLEMA GENERAL.....	17
1.2.2. PROBLEMA ESPECÍFICOS.....	17
1.3. OBJETIVOS.....	18
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	18
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
1.4. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	18
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	19
1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACION.....	19
CAPITULO II	20
MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	20
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	20
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONAL	20
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONAL	22
2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES.....	28
2.2. BASES TEORICAS	31
2.2.1. PARTO.....	31
2.2.2. PERÍODOS DEL PARTO	31
2.2.3. MANEJO ACTIVO DEL ALUMBRAMIENTO	35
2.2.4. COMPLICACIONES DEL PARTO.....	36
2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES	42

2.4. HIPOTESIS.....	43
2.4.1. HIPOTESIS GENERAL.....	43
2.5. VARIABLES.....	44
2.5.1. VARIABLE DEPENDIENTE	44
2.5.2. VARIABLE INDEPENDIENTE.....	44
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (DIMENSIONES E INDICADORES).....	45
CAPÍTULO III.....	47
MÉTODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.....	47
3.1. TIPO DE INVESTIGACION	47
3.1.1. ENFOQUE	47
3.1.2. ALCANCE O NIVEL	47
3.1.3. DISEÑO DE INVESTIGACION	47
3.2. POBLACION Y MUESTRA	48
3.2.1. POBLACIÓN	48
3.2.2. MUESTRA.....	48
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	49
3.3.1. PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	49
3.3.2. INSTRUMENTO	49
3.3.3. PARA LA PRESENTACIÓN DE DATOS.....	50
3.3.4. PARA EL ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS.....	50
3.3.5. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACION.....	51
CAPÍTULO IV.....	52
RESULTADOS.....	52
4.1. PROCESAMIENTO DE DATOS	52
4.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS Y PRUEBA DE HIPÓTESIS..	65
CAPÍTULO V.....	66
DISCUSION DE RESULTADOS.....	66
5.1. CONTRASTACIÓN DE LOS RESULTADOS	66
CONCLUSIONES	68
RECOMENDACIONES.....	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70
ANEXOS	76

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Frecuencia de mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023	52
Tabla 2. Edad de las mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023	53
Tabla 3. Grado de Instrucción de las mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023	54
Tabla 4. Estado civil de las mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023	55
Tabla 5. Factores Obstétricos Anteparto: Paridad en mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023.....	56
Tabla 6. Factores Obstétricos Anteparto: Edad Gestacional en mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023....	57
Tabla 7. Factores Obstétricos Anteparto: Periodo Intergenésico en mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023	58
Tabla 8. Factores Obstétricos Ante parto Presento ruptura prematura de membranas en mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023.....	59
Tabla 9. Factores Obstétricos Anteparto: Presento Hipertensión del Embarazo en mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023.....	60
Tabla 10. Factores Obstétricos Anteparto: Antecedente de aborto, de legrado uterino y de cesárea anterior en mujeres en periodo puerperal con	

retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023	61
Tabla 11. Factores Obstétricos Intraparto: Duración del parto en mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023	62
Tabla 12. Factores Obstétricos Intraparto: Modalidad de alumbramiento en mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023.....	63
Tabla 13. Factores Obstétricos Intraparto: Tiempo de alumbramiento dirigido de mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023.....	64
Tabla 14. Correlación entre Factores Obstétricos de puérperas y la retención de restos placentarios	65

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Edad de las mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023	52
Gráfico 2. Edad de las mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023	53
Gráfico 3. Grado de Instrucción de las mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023	54
Gráfico 4. Estado civil de las mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023	55
Gráfico 5. Factores Obstétricos Anteparto: Paridad en mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023.....	56
Gráfico 6. Factores Obstétricos Anteparto: Edad Gestacional en mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023....	57
Gráfico 7. Factores Obstétricos Anteparto: Periodo Intergenésico en mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023.....	58
Gráfico 8. Factores Obstétricos Anteparto: Presento ruptura prematura de membranas en mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023.....	59
Gráfico 9. Factores Obstétricos Anteparto: Presento Hipertensión del Embarazo en mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023.....	60

Gráfico 10. Factores Obstétricos Anteparto: Antecedente de aborto, de legrado uterino y de cesárea anterior en mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023	61
Gráfico 11. Factores Obstétricos Intraparto: Duración del parto en mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023....	62
Gráfico 12. Factores Obstétricos Intraparto: Modalidad de alumbramiento en mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023.....	63
Gráfico 13. Factores Obstétricos Intraparto: Tiempo de alumbramiento dirigido de mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023.....	64

RESUMEN

El estudio titulado: Factores Obstétricos asociados a contención de residuos de placenta en paciente en periodo de puerperio, atendidas en el centro de salud La Unión de Huánuco, 2023. **Objetivo:** Definir los Factores de Riesgo Obstétricos relacionado a la retención de restos placentarios en puérperas atendidas en la institución prestadora de servicios de salud La Unión 2023. **Metodología:** fue cuantitativa, El nivel es relacional, tiene un diseño observacional retrospectivo, transversal, por la indagación de los factores obstétricos que evidencian la contención de residuos de placenta y/o membranas ovulares. Es observacional porque no se intervinieron las características o valores; retrospectivo condicionado por la selección de elementos y datos de acontecimientos previos, y transversal debido a que la investigación se realiza en un determinado lapso de tiempo. **Resultados:** La frecuencia de la contención de residuos de placenta en la institución prestadora de servicios de salud La Unión fue del 12 % de las puérperas atendidas. Las características sociales resaltantes fueron: etapa de vida joven (50%); años de estudio, secundaria total (61%), Estado civil conviviente (28%) Los factores obstétricos anteparto con mayor porcentaje fueron: Multiparidad (83%); edad gestacional a término (94%), Periodo intergenésico normal (64%), presento Ruptura Prematura de Membranas (33%), presento Hipertensión en el Embarazo (11%), tuvo Antecedente de aborto (19%), presento Antecedente de Legrado uterino (19%), presento Antecedente de Cesárea Anterior (3%). Los factores obstétricos intraparto predominantes fueron: Duración normal del trabajo de parto (72%); Modalidad de alumbramiento tipo Schultz (83%), tiempo del alumbramiento dirigido menor de 15 minutos (69%). **Conclusión:** Se determinó mediante las pruebas estadísticas que el Tiempo de alumbramiento, la Duración del Parto, historia anterior de curetaje del útero, el Historia anterior de aborto y la presencia de laceración anticipada de membranas son factores asociados significativamente con la contención de residuos de placenta.

Palabras Clave: Factores, retención, restos, placentarios, puérperas, salud.

ABSTRACT

The research entitled: Obstetric factors associated with retention of placental remains in puerperal women treated at the La Unión health center in Huánuco, 2023. Objective: To determine the Obstetric Risk Factors associated with the retention of placental remains in puerperal women treated at the La Unión Health Center in 2023. Methodology: it was quantitative, The level is relational, it has a retrospective, cross-sectional observational design, since the obstetric factors that manifest the retention of placental remains will be investigated. It is observational because there was no manipulation of the variable; retrospective because information is collected from past events (medical history) and cross-sectional because the study is carried out in a single period of time, cross-sectional. Results: The frequency of Retention of Placental Remains at the La Unión Health Center was 12% of the puerperal women treated. The predominant population data were: Young age (50%); degree of education, complete secondary school (61%), cohabiting civil status (28%) The antepartum obstetric factors with the highest percentage were: Multiparity (83%); gestational age at term (94%), Normal intergenital period (64%), presented Premature Rupture of Membranes (33%), presented Hypertension in Pregnancy (11%), had a history of abortion (19%), presented a history of uterine curettage (19%), presented a history of previous Caesarean section (3%). The predominant intrapartum obstetric factors were: Normal duration of labor (72%); Schultz-type delivery mode (83%), directed delivery time less than 15 minutes (69%). Conclusion: Statistical tests determined that time of delivery, duration of labor, history of uterine curettage, history of abortion, and the presence of premature rupture of membranes are factors significantly associated with retention of placental remains.

Key Words: Factors, retention, remains, placental, puerperal, health.

INTRODUCCIÓN

La expulsión sanguínea de medio litro o más en un día posterior del parto se conoce comúnmente como hemorragia postparto (HPP), mientras que el sangrado excesivo después del parto grave se conceptualiza como una expulsión sanguínea de 1000 ml o más en el mismo período de tiempo. Aproximadamente el 2 % de todas las mujeres que dan a luz sufren de hemorragia postparto: La patología externa de la madre y la pérdida de capacidad a largo plazo, además de otras referencias patológicas externas de la madre relacionadas con la significativa expulsión sanguínea, incluyen el shock y el fallo del organismo, son todos factores importantes que contribuyen a la hemorragia postparto ².

La contención de residuos de placenta representa del 9 al 10 % de las Hemorragia Post Parto. Su hallazgo se realiza tras evaluación de la cavidad endouterina; o si no, por medio de hallazgos ecográficos ante la falta de la salida de la placenta de manera espontánea media hora posterior al parto fetal. La pérdida excesiva de sangre ocurre principalmente después del alumbramiento, lo que condiciona que la extirpación manual de la placenta deba realizarse con mucha precaución ³.

Esta investigación se realiza debido a que la contención de residuos de placenta resulta ser una de las etiologías del sangrado vaginal excesivo después del parto, complicación obstétrica que se presenta súbitamente que compromete y pone en riesgo la vida de la puérpera.

El trabajo de Investigación se constituye de cuatro partes definidas, siendo estos: capítulo I: Planteamiento del problema, capítulo II: Marco teórico, capítulo III: Metodología de la investigación y finalmente el capítulo IV: Resultados.

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El 25% de las defunciones de gestantes, parturientas y puérperas maternas se asocia con el sangrado vaginal después del parto y en un gran porcentaje de casos se dieron en países de bajos ingresos, en todo el mundo el sangrado vaginal excesivo después del parto es la etiología primordial de la defunción materna ¹.

La hemorragia posparto tiene una definición de pérdida sanguínea de más de medio litro durante el primer día después del parto, además que la hemorragia posparto grave se conceptualiza como el sangrado vaginal de 1 litro a más durante el primer día después del parto. Aproximadamente, la hemorragia post parto afecta al 2 % de mujeres parturientas, contribuyendo significativamente a la enfermedad extrema materna y a la limitación de las capacidades a periodos de tiempo largos; así como, de algunas patologías extremas de la madre relacionadas principalmente con la expulsión sanguínea exacerbada, sumándose el shock y el fallo en las funciones del organismo ².

El tejido placentario retenido o trastornos de coagulación maternos también pueden provocar Hemorragia Post Parto; siendo necesario recordar que la inercia del útero es la etiología más habitual del sangrado vaginal excesivo después del parto; así como, la laceración de vagina y el cérvix, el útero roto y demás etiologías. La paridad extrema y las múltiples gestaciones se relacionan con un elevado peligro de hemorragia posparto a pesar que el gran porcentaje de madres que padecen consecuencias nefastas por sangrado vaginal excesivo después del parto, no evidencian características de peligro que se puedan identificar ².

Referente al informe del año 2017 de la institución epidemiológica y de Prevención y Control de Enfermedades del Perú existieron 375 reportes de defunciones de madres gestantes, parturientas y puérperas en el Perú. En mayor número están relacionados a enfermedades de hipertensión con 211

casos (57.7%), infección de diversas índoles con 58 casos (15.8%), sangrado vaginal excesivo después del parto con 41 casos (11.2%), consecuencias por aborto con 13 casos (3.6%) y sangrado vaginal después de la primera mitad de la gestación con 17 casos (4.6%). Terminando, alguna otra patología no relacionada a la gestación fueron 26 casos (7.1%) ⁸.

Mediante el informe del año 2021 de la institución de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud, existieron 493 defunciones de madres gestantes, parturientas y puérperas en el Perú. La gran mayoría está relacionada a hemorragias Obstétrica con 95 casos (19.2%), seguida de las enfermedades de hipertensión con 82 casos (16.7%), Infecciones diversas con 20 casos (4.1%), consecuencia por perdida temprana del producto con 20 casos (4.1%) y otras causas directas con 13 casos (2.7%). Finalmente, Enfermedad por la COVID-19 con 142 casos (29.0%) ¹².

Según el reporte 2022 del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud, se tuvo 291 casos de muertes maternas a nivel nacional. El mayor porcentaje está asociado a hemorragias Obstétrica con 73 casos (25.1%), seguida de los Trastornos Hipertensivos con 64 casos (22.0%), Infección obstétrica /Sepsis con 58 casos (2.4%), complicaciones por aborto con 13 casos (2.4%) y otras causas directas con 7 casos (4.5%). Finalmente, Enfermedad por la COVID-19 con 26 casos (3.5%) ¹².

En la actualidad, La Hemorragia Post Parto presenta una prevalencia del 5%, pero, su indicador de incidencia en este periodo de tiempo se ha incrementado debido a la intervención obstétrica de la labor de parto, lo difícil del reconocimiento de las características de peligro, el alto índice de partos por cesárea y el aumento de reportes de inercia uterina ³. La Hemorragia Post parto inicial o temprana (dentro del primer día después del parto) ⁴; es una consecuencia nefasta que se desarrolla en 1% al 5% de las puérperas. Se suma que el 0.5 a 1% de las madres suscitaran un sangrado vaginal después del parto de clasificación severo, con trastorno de la coagulación, y exigencia de reposición de sangre. Siendo la etiología más habitual las anormalidades

en la placentación, condicionantes del 26.6% de los reportes. La Hemorragia Post Parto secundaria o tardía, presenta una Incidencia global de 1 en cada 100 embarazos (posterior a las 24 horas posterior al parto a las 12 semanas post parto) ³. Según Kane el sangrado vaginal excesivo después del parto condiciona la defunción materna en un periodo de tiempo muy reducido, encontrando un 88% de las defunciones maternas en las cuatro iniciales horas ⁵.

La placentación anormal o la retención de tejido placentario representan del 9 al 10 % de las Hemorragia Post Parto. Su hallazgo se logra tras la evaluación del útero, o sino por hallazgos ecográfico, ante la falta de la salida de la placenta de manera natural; media hora posterior al parto. El sangrado vaginal excesivo ocurre comúnmente posterior al alumbramiento, lo que condiciona que la extirpación de la placenta de manera manual se realice con mucha precaución ³.

La contención de residuos de placenta resulta ser la etiología más habitual del sangrado vaginal abundantes después del parto referida en el marco bibliográfico. Si la salida sanguínea en el post parto inmediato es limitadamente poca y la placenta no es evaluada de manera sistemática, la contención de residuos de placenta pasa desapercibida y se evidencia en la púérpera tardía. Así mismo, La retención placentaria es una de las etiologías más habituales del sangrado vaginal post parto temprano (la segunda en frecuencia seguida de la inercia uterina), ocurriendo que en muchas situaciones la placenta es expulsada, reteniendo algunos residuos como cotiledones o membranas de una placenta patológica o normal; lo que condiciona una limitación en la capacidad contráctil del útero produciendo inercia uterina ⁶.

De acuerdo a la normalidad, posterior a la salida de la placenta esta debe ser evaluada rigurosamente para saber si posterior a su expulsión, se evidencia pérdida sanguínea, en donde al ser realizada la inspección se pueda observar la intacta red de conductos sanguíneos y la totalidad del amnios y el corion. Estas evidencias medicas proponen un retenimiento total, fragmentado o de un accesorio lóbulo. Es necesario tener en cuenta que la

placenta retenida, es más habitual en embarazos prematuros extremos (anterior a las 24 semanas de gestación) y por tanto la determinación técnica normativa de la restricta evaluación de la cavidad del útero en estos contextos. La retención de tejido placentario y membranas de la placenta es la causa de la décima parte de los sangrados vaginales extremos después del parto. La contractibilidad y la relajación de la musculatura uterina inician luego de la salida placentaria y su idónea salida o eliminación facilitan la contractibilidad del útero y el cierre de los vasos que transporta sangre. El retenimiento de una parte del tejido placentario es más habitual si la placenta presenta un accesitario lóbulo o es de tipo succenturiata ⁷.

La retención de restos placentarios es una característica relevante y común de consecuencias para la madre, constituyéndose en una alteración intrínseca de alumbramiento patológico; convirtiéndose alarmantemente en un problema de salud pública; sin embargo, hay evidencias de atributos clínicos que incrementan el peligro del retenimiento de residuos de tejido placentario, dentro de los cuales se encuentra el alumbramiento parcial (falta de cotiledones o parte del amnios o corion), la sub involución uterina y la hemorragia que limitan la idónea contractibilidad del musculo uterino, cuyo diagnóstico oportuno y actuación sanitaria temprana limitaría el desarrollo de peligros o consecuencias nefastas para la madre ⁹.

No cabe duda que las estrategias preventivas del sangrado vaginal abundante resulta ser la propicia opción de intervención en este tipo de patologías y que no solo estén relacionadas exclusivamente al momento de la intervención de la hemorragia. En el momento que una puérpera presenta Sangrado vaginal después del parto, es imperativo el análisis urgente de los posibles cuadros etiológicos: en 70% de los reporte casuísticos es la inercia del útero, 20% daño, traumatismo del cérvix o de la vagina, 10% retención placentaria o retenimiento de residuos de placenta en la cavidad del útero y en un 1% a menos se debería a coagulopatías ⁷; por tal motivo, la prevención mediante el hallazgo de las características de peligro durante la atención prenatal o el parto resulta ser una estrategia de prevención para la detección y el manejo oportuno del retenimiento de residuos de placenta.

El retenimiento de residuos de placenta en la cavidad uterina es una de las causas de Hemorragia después del parto, las infecciones durante el puerperio y otras patologías de la madre durante este periodo; esta complicación obstétrica también se presenta en puérperas con algunas características obstétricas específicas en el Centro de Salud La Unión de Huánuco; además, considerando que en la actualidad existe un número limitado de trabajos de investigación que permitan establecer o determinar los factores obstétricos de la puérpera asociados al retenimiento de residuos de placenta en la cavidad uterina, dado que sigue sin establecerse cuales son dichas características obstétricas que facilitan dicho cuadro patológico con el objetivo de identificar y plasmar intervenciones sanitarias que permitan las acciones preventivas de dicha patología con la identificación oportuna de sus factores de riesgo, tomando decisiones, implementando acciones sanitarias que limiten la aparición de este cuadro patológico obstétrico.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son los Factores Obstétricos asociados a la retención de restos placentarios en puérperas atendidas en la Institución Prestadora de Servicios de Salud La Unión 2023?

1.2.2. PROBLEMA ESPECÍFICOS

- ¿Cuáles es la frecuencia del retenimiento de residuos de placenta en puérperas cuyos partos fueron intervenidos en la Institución Prestadora de Servicios de Salud C.S. ¿La Unión 2023?
- ¿Cuáles son los hechos sociodemográficos de las puérperas con retención de restos placentarios intervenidas en la Institución Prestadora de Servicios de Salud C.S. ¿La Unión 2023?
- ¿Cuáles son las características obstétricas antes del parto relacionadas a la retención de restos placentarios en puérperas atendidas en la Institución Prestadora de Servicios de Salud C.S. ¿La Unión 2023?

- ¿Cuáles son los factores obstétricos intraparto relacionados a la retención de restos placentarios en puérperas intervenidas en la Institución Prestadora de Servicios de Salud C.S. ¿La Unión 2023?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar las características de peligro Obstétricos asociados al retenimiento de residuos de placenta en puérperas intervenidas en la Institución Prestadora de Servicios de Salud C.S. La Unión 2023.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los casos de retenimiento de residuos de placenta en mujeres durante el puerperio cuyos partos fueron intervenidos en la Institución Prestadora de Servicios de Salud C.S. La Unión 2023.
- Describir las características sociodemográficas puérperas con retención de restos placentarios intervenidas en la Institución Prestadora de Servicios de Salud C.S. La Unión 2023
- Definir las características obstétricas anteparto relacionadas a la retención de restos placentarios en puérperas atendidas en la Institución Prestadora de Servicios de Salud C.S. La Unión 2023.
- Definir las características obstétricas intraparto relacionadas a la retención de restos placentarios en puérperas atendidas en la Institución Prestadora de Servicios de Salud C.S. La Unión 2023.

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Este estudio se realiza condicionado porque el retenimiento de residuos de placenta es una de las causas de hemorragia postparto; complicación obstétrica que se presenta súbitamente que compromete y pone en riesgo la vida de la puérpera.

Se hallan gran cantidad de características obstétricas que son de peligro durante la gestación, el parto y periodo de puérpera relacionados a las consecuencias nefastas condicionadas por el retenimiento de residuos de placenta y membranas, condicionando la imperiosa necesidad de diagnosticarla de manera oportuna, para lograr la prevención de probables consecuencias complicadas; favoreciendo así, al descenso de las defunciones y enfermedades de la madre, considerando que el indicador de muerte materna es en mayor proporción en la mujer puérpera.

Los hallazgos de este estudio facilitarán sugerir y asumir determinados principios para la intervención sanitaria del alumbramiento y puerperio; además de, promocionar lo hallado sobre las características obstétricas asociados con el retenimiento de residuos de placenta y membranas, adoptando estrategias de prevención para la atención materna con calidad; los resultados del presente estudio contribuirán a aliviar el estado sanitario de la madre en los establecimientos Sanitarios del departamento de Huánuco.

El impacto social evidenciará la merma de los indicadores del retenimiento de residuos de placenta y membranas, de complicaciones obstétricas, de morbilidad materna e indicadores negativos referidos a la atención obstétrica.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La restricción fue bibliografía por los limitados precedentes de estudio que se encuentran referidos a la temática en estudio y al tiempo invertido condicionado por las ocupaciones laborales; por los demás aspectos, no existe limitación de acceso a la información para la ejecución de esta investigación, ya que se solicitará la autorización al establecimiento de salud para tener entrada a los documentos clínicos de las puérperas que serán incluidos como parte del estudio.

1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACION

El presente trabajo es viable, por cuanto contamos con el apoyo del jefe del establecimiento y el personal de salud; así mismo económicamente es solventado en su totalidad por la investigadora.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

La actual investigación, con la finalidad de presentar los precedentes históricos mundiales, nacionales y locales de una manera sistematizada, se realizó una revisión bibliográfica de la literatura existente para conocer las diferentes investigaciones anteriores, considerando las variables de investigación. Resulta relevante tener en cuenta las investigaciones con similares finalidades y métodos de investigación con el objetivo de describir lo realizado para dar claridad al fenómeno en estudio.

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONAL

Alegria E. En su estudio “Factores de riesgo materno-fetales que se presentan en hemorragia posparto temprana 2023”. Objetivo: Determinar las características de peligro tanto del feto, como de la madre que se muestran en el sangrado vaginal excesivo y temprano después del parto. Método: Se realizó una investigación documental centrado en una revisión de bibliografía y en el análisis de los resultados planteado por los científicos que han debatido el tema de características de peligro del feto y la madre que se producen en el sangrado vaginal excesivos después del parto y precedente de la historia ginecológica y obstétrica. Siendo un estudio de compilación monográfica. Resultado: ningún grado de escolaridad, residir en zona rural y con limitado acceso a servicios de salud y pareja inestable o estado civil casada, tener entre 10 y 19 años o mayor a 35 años son características sociales y demográficas vinculadas a sangrado vaginal excesivo después del parto. En Guatemala, los departamentos de San Marcos, Huehuetenango, Quiché y Alta Verapaz han evidenciado la mayor proporción de indicadores de enfermedad de la madre sangrado vaginal excesivo después del parto con un aproximado de 4 de cada 10 defunciones de madres. Conclusiones: Los factores de riesgo de la hemorragia posparto

temprana son la mixomatosis uterina, la paridad alta, la atonía uterina, la macrostomia fetal, los desgarros y las laceraciones de genitales, el retenimiento de residuos de Placenta y membranas, bajada de la cabeza del feto, las infecciones, el hidramnios y en embarazo gemelar ¹⁰.

Del Pezo M. et al. Realizaron un estudio sobre “Factores de riesgo antes del parto y durante el parto relacionado con las hemorragias postparto en primigestas y multigestas”. Propósito: definir las características de peligro antes del parto y durante el parto relacionadas con el sangrado vaginal excesivo después del parto, en puérperas intervenidas en la IPRESS Hospital Matilde Hidalgo de Procel, 2021. Método: tipo diseño descriptivo, cuantitativo, transversal con una población muestral de 150 mujeres en el puerperio. Resultados: Se estableció que la primordial etiología de Sangrado vaginal postparto se da por anomalías en la tonalidad del útero en un 42%. Entre las características antes del parto: 14% anemia, el 13% sobrepeso, el 42% de puérperas tenían más de un factor u obesidad. Las características dentro del parto: el 25% laceraciones del canal genital, condicionando a la anemia en 62,7%. Conclusiones: Se infiere que su relevancia se basa en el hallazgo oportuno de características de peligro y el sangrado vaginal excesivo es de diversos factores ¹¹.

Molina L. Realizó un estudio en la institución prestadora de servicios de salud Vladimir Ilich Lenin, sobre “Características de peligros en la hemorragia después del parto, 2019-2020”. Objetivo: Determinar Características de peligros en la hemorragia después del parto, Ene 2019 a dic 2020. Método: analítico, observacional, con 56 casos de sangrado vaginal abundante después del parto que necesitaron acceder a la unidad de Cuidados Intensivos. Resultados: frecuencia de 0.3 %, el 35,7% solo un alumbramiento, el 53,5% precedente de abortos inducidos, el 28,6% de 19-24 años, referido a la edad: menor de 19 y de 31-35 en 19,6%. Gesta 3 a 4 en un 44,6%. RCIU en el 8,9%. El 39,9% parto anormal, en el 60,7% parto normal, de los partos anormales o con distocia: el 19,6% primer parto quirúrgico abdominal, 16,0% cesárea

reiterativa y un 3,5% parto instrumentado. Las características de peligro: oxitocina utilizada en el 76,7%, <19 años y más de 35 años en un 53,5%, utilización de prostaglandinas (26,7%) primer parto quirúrgico abdominal (19,6%), prolongada labor del parto 17,8% y diabetes solo un 1,7%. Las determinantes: la inercia del útero 76,7%, placenta acreta y alumbramiento incompleto con un 8,9%. Consecuencias de la madre el 100,0% presentó deficiencia de hierro exagerada, el 30,3% evidencio consecuencias, el 89,2% con metabolismo acidificado. Conclusiones: el sangrado vaginal excesivo después del parto se desarrolló con mayor porcentaje en las edades reproductivas y la inercia uterina constituye la etiología número uno ¹³.

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONAL

Garcia C. et al. En su estudio realizado en el IPRESS Hospital Amazónico "Características relacionadas a sangrado vaginal excesivo después del parto en puérperas de parto eutócico atendidas, 2021. Objetivo: Definir las Características relacionadas a sangrado vaginal excesivo después del parto en puérperas de parto eutócico. Método: estudio observacional, transeccional, retrospectivo con población muestral de 85 mujeres en periodo puerperal parto eutócico que evidenciaron sangrado vaginal excesivo e inmediatamente después del parto; el método: inductivo, cuantitativo, se estudia los documentos históricos de pacientes para ser llenadas en las fichas de recolección de datos. Resultados: asociados a hemorragia después del parto: 1) precedentes de historia obstétrica: más de 1 parto (54,1%) ($X^2=0,17$), leve deficiencia de hierro (89,3%) ($X^2= 4,74$), adversos precedentes obstétricos (91,8%) ($X^2=0,18$); relación inexistente ($P=0,558$). 2) característica demográfica: 20 a 34 años (54,1%) ($X^2=0,50$); relación inexistente [$P=0,0775$]. 3) características dentro del parto: presentación anormal (2,4%) ($X^2=0,4$); relación inexistente [$P=0,824$]. 4). Características vigentes obstétricas: intervalo entre gestaciones corto (37,7%) ($X^2=0,13$), hidramnios (1,2%) ($X^2=0,02$), feto macrosómico (2,4%) ($X^2=0,04$), gestación múltiple (1,25%) ($X^2=0,02$), THE (15,3%)

($X^2=1,90$); relación inexistente [$P=0,691$]. Conclusiones: según la estadística Chi-cuadrado [$P\text{-valor} = 0,712 > 0,05$], las características en estudio no se correlacionan de manera directa con la hemorragia después del parto eutócico. Por tanto, rechazamos la hipótesis de estudio y aceptamos la hipótesis nula ¹⁴.

Sorjano G. et al. realizaron un estudio en el Institución Hospitalaria Regional Docente Materno Infantil El Carmen de la región Junín “Precedentes de historia personal y Sangrado vaginal excesivo después del parto en embarazadas, 2021”. Objetivo: evaluar la relación existente entre la hemorragia posparto y los antecedentes personales en embarazadas intervenidas en la institución hospitalaria Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín 2021. Diseño Metodológico: Investigación basado en la observación, relacional, analítica, descriptiva y transversal. Los casos fueron 173 mujeres atendidas con hemorragias postparto. Resultados: las mujeres atendidas con hemorragia posparto presentaron los antecedentes demográficos siguientes; son jóvenes 72,8%, adolescentes 8,7%, añosas 18,5%; de procedencia urbano marginal 6,9%; rural 61,8%, urbano 31,2%, casadas 20,8%, solteras 10,4%; convivientes 68,8%, estudian 6,9%, ama de casa de ocupación 90,8%, trabajan 2,3%; nivel de estudio secundaria 75,1%, nivel primario 17,9% y estudios superiores 6,9%. Precedentes de historia de morbilidad; preeclampsia 12,1%, sobrepeso 21,9%, anemia 30,1%, parto quirúrgico previo 20,2%, mujer obesa 4,0%, y ninguna 8,7%. Precedentes obstétricos; a término 93,1%; pretérmino 6,9%, mujer con varios partos 65,3%, gran múltiparas 18,5%, nulíparas 16,2%; intervalo entre gestaciones adecuado 40,5%, corto 42,2%, largo 2,9%; con APN 99,4%; prolongado labor de parto 23,1% y precipitado 8,7%; con embarazo múltiple 5,8% y parto por vaginal 19,1% y cesárea 80,9%, Las hemorragias posparto atendidas fueron; retenimiento de residuos de placenta 14,5%, colección sanguinolenta en región del perineo 12,7%, rotura uterina 27,7%, la atonía uterina 28,9% y retención de restos placentarios 11,0%. Conclusiones: Se determinó posterior a la aplicación de la estadística del Chi cuadrado, al indagar la asociación entre

precedentes demográficos y patológicos con la hemorragia posparto, que no existe relación entre estas variables. Pero, se determinó que existe relación con un ($P=0.010$); es decir, existe asociación entre el precedente de parto quirúrgico abdominal y el sangrado vaginal excesivo después del parto ²⁸.

Sánchez A. Realizo un estudio en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen sobre “Variables relacionados al sangrado vaginal excesivo inmediatamente después del parto, 2020”. Objetivo: describir las variables relacionadas al sangrado vaginal excesivo inmediatamente después del parto en mujeres en el periodo puerperal intervenidas, 2020. Método: Tipo analítico, transversal, retrospectivo, no experimental, de casos y controles. La población muestral se constituyó de 406 mujeres en puerperio inmediato (203 casos y 203 controles). Resultados: Las variables sociales y demográficas que tuvieron relación significativa con el sangrado vaginal excesivo posterior al parto fueron: la ocupación ($p=0.021$) y edad ($p=0.009$). Los variables obstétricas con correlación significativa con sangrado vaginal excesivo inmediatamente después del parto fueron: Alumbramiento incompleto (0.022), útero roto (0.000), inercia uterina (0.014), laceración del periné (0.000) y el útero invertido (0.004), parto quirúrgico abdominal (0.001), labor prolongada de parto (0.000) (OR=6.8), menor de 6 atenciones prenatales (0.000), más de 1 gestación (0.016), deficiencia de hierro gestacional (0.012). Conclusiones: la investigación determina que hay variables sociales, demográficas y obstétricas relacionadas al sangrado vaginal excesivo inmediatamente después del parto en mujeres en el periodo puerperal ¹⁵.

Blas L. et al. realizaron un estudio en el nosocomio Víctor Ramos Guardia, 2019 “variables de peligro para el alumbramiento incompleto”. Objetivo: Definir si las variables sociales, demográficas y obstétricas son factores de peligro para el desarrollo del alumbramiento incompleto: La edad de la madre, la paridad y el parto quirúrgico abdominal previo, son peligros relevantes para el alumbramiento incompleto. Metodología: correlacional de casos y controles, retrospectiva, población muestral de

186 mujeres en periodo puerperal con alumbramiento incompleto (93 con dicha patología y 93 sin la patología). ficha de recolección de datos como instrumento, el SPSS V26.0 para procesamiento y análisis de datos mediante el chi cuadrado. Resultados: 47,3% de las mujeres intervenidas, se encuentran en edad de peligro (menor de 19 o mayor de 34), mientras que el 52,7% no se encuentra en edad de peligro, las mujeres con parto quirúrgico abdominal previo el 20,4%, en tanto el 79,67 % no tuvo parto quirúrgico abdominal previo y el 42.5 % con primer parto, mientras que el parto quirúrgico abdominal previo con el alumbramiento incompleto, evidencian un valor de OR = 5.06($p<0.05$) por lo que esta variable si es de peligro; y la paridad con el alumbramiento incompleto resulta en un valor de OR = 1.95 ($p<0.05$), mientras que el 57,5% tienen más de 1 parto. Con respecto a la edad de la madre con alumbramiento incompleto obtenemos un valor de OR = 35,88 ($p<0.05$) por lo que dichas variables si es de peligro, por lo que el primer parto es una variable de peligro para el alumbramiento incompleto. Conclusiones: las variables de peligro para el alumbramiento incompleto resultan en la variable obstétrica de primer parto y el precedente de parto quirúrgico abdominal; así como la variable social y demográfica de edad de la madre menor de 19 y mayor de 34 son factores de peligro para el alumbramiento incompleto ¹⁶.

Perales L. En su estudio “Factores relacionados al retenimiento de residuos de placenta en pacientes durante el puerperio de la Microrred de Salud Puerto Ocopa, Satipo 2019”. Objetivo: identificar las características relacionados al retenimiento de residuos de placenta en pacientes durante el puerperio de la Microrred de Salud Puerto Ocopa, Satipo 2019. Método: Es un estudio trasversal, observacional, básica, correlacional, analítico, se implementó el diseño de caso - control la cual incidió en la labor con mujeres en el puerperio que evidenciaron el retenimiento de residuos de placenta y otros sin esta patología, intervenidas en las IPRESS de la Micro red de Salud Puerto Ocopa, a lo largo del 2019. Resultados: la característica relacionada retenimiento de residuos de placenta es el parto prematuro con un chi cuadrado (X^2) de

Pearson de 7.4 y un Odds ratio de 2.09; además, las características sin relación es la extrema edad materna con un X^2 de 3.71 y P-valor de 0.54; mujer con 2 a más partos con un X^2 de 0.21 y p-valor de 0.64; el precedente de raspado quirúrgico del útero (legrado) con un X^2 de 0.013 y p – valor de 0.9; el corto periodo entre gestaciones con un X^2 de 0.24 y p-valor de 0.61; parto quirúrgico abdominal previo con un X^2 de 0.01 y p – valor de 0.905; prolongada labor de parto con un X^2 de 0.64 y p – valor 0.42; espontaneo y prolongado periodo de alumbrase con un X^2 de 1.5 y 1.05 y p- valor de 0.22 y 0.30 pertinentemente. Conclusiones: La característica asociada al retenimiento de residuos de placenta en madres durante el puerperio, intervenidas en la Micro red de salud Puerto Ocopa 2019, fue el parto pre término ¹⁷.

Rojas C. et al. En su estudio de investigación sobre “correlación entre la retención de residuos de placenta y membranas en la cavidad uterina y características obstétricas en embarazadas con atención en el Hospital Santa María del Socorro, 2019”. Objetivo: Determinar la correlación entre la retención de residuos de placenta y membranas en la cavidad uterina y las características obstétricas en embarazadas con atención en el Hospital Santa María del Socorro 2019. Método: estudio descriptivo, básica y no experimental, con población muestral de 51 mujeres en puerperio que presentaron retención de residuos de placenta y membranas en la cavidad uterina. Resultados: el 60.8% presentaron alumbramiento incompleto y el 39.2% presentaron retención de placenta, determinando como factores de peligro: el 51% precedente de curetaje uterino y el 41.2% precedente de parto quirúrgico abdominal y el 76.5% mayor de 1 parto. Conclusiones: En la IPRESS Hospital Santa María del Socorro existió correlación entre la retención de residuos de placenta y membranas en la cavidad uterina y las características obstétricas en embarazadas intervenidas ¹⁸.

Villazana K. En su estudio realizado en el Centro de Salud de Chilca 2019 “Atributo de mujeres en el puerperio con retenimiento de residuos de placenta intervenidas”. Objetivo: En la Institución prestadora

de Servicios de Salud Chilca 2019, analizar los factores preponderantes del alumbramiento incompleto en mujeres durante el puerperio; Método: retrospectivo, transversal, descriptivo, población muestral con parámetros de inclusión y exclusión: 150 puérperas con alumbramiento incompleto, observación es la técnica, el instrumento la ficha de recolección de datos, el análisis estadístico SPSS V.23 Resultados: las características Intraparto fueron: tiempo del parto vaginal con 45.33%; Los factores después del parto fueron: el tipo de alumbramiento: Duncan con 64%, duración del alumbramiento menos de 15 minutos con 72% y manejo activo del alumbramiento con 64%. factores ante parto fueron: más de 1 parto con 44%, intervalo normal de tiempo entre gestaciones con 41.33% y precedente de aborto con 62.67%. Conclusiones: mujeres de más de 1 parto, el RPM, los precedentes de abortos, parto eutócico, tipo de alumbramiento Duncan, tiempo del alumbramiento de menos de 15 minutos y manejo activo del alumbramiento son las características predominantes que las puérperas con alumbramiento incompleto del Centro de Salud de Chilca 2019, con mayor relevancia antes y después del parto ¹⁹.

Puente N. En su estudio realizado en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César de Marini, Chanchamayo – Junín sobre “característica de peligro que inciden en el sangrado vaginal excesivo e inmediatamente después del parto, 2019”. Objetivo: revisión de libros referido a las características de peligro que inciden en el sangrado vaginal excesivo e inmediatamente después del parto en la IPRESS Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César De Marini 2019. Metodología: la información recolectada se realizó a través de un “estado de cuestión”, aludido a conseguir datos importantes de una temática de estudio; con la finalidad de conocer si hay escasa o abundante información referida. de acuerdo al objetivo de la investigación buscando conseguir la conveniente cantidad de libros para la sustentación. En ese contexto se ha llevado a cabo los pasos pertinentes: 1.- indagación de libros y demás compendios según el objetivo del estudio. Se utilizó: PubMed, EBSCO, Elsevier, Sicelo, Scopus, entre otros como diferentes

bases de datos. Además, se evaluó los estudios de universidades varias y otros demás documentos físicos o en línea, se utilizó Zotero (garantizando una mejor sistematización del marco bibliográfico) se siguió las normas de Vancouver. Lectura veloz del marco bibliográfico obtenido para eliminar lo que ni se adecuan a la finalidad del estudio.

Conclusiones: La inercia del útero condicionada por la retención de placenta, gestación gemelar, feto macrosómico, mayor de 1 parto; así como la originada por el retenimiento de residuos de placenta y membranas son las causas que originan mayor salida de sangre post parto. No presentan precedentes, ni características de peligro evidentes. En la mayoría de los casos las puérperas con complicaciones por hemorragia posparto. Están relacionadas a una mayor proporción de sangrado vaginal excesivo e inmediato después del parto: la gestación gemelar y el gran número de partos. Además, esta se encuentra en peligro por la deficiencia de hierro ya existente. Requiere un reconocimiento y una respuesta rápida. La gestión eficaz de la hemorragia posparto; además del accionar sanitario de un grupo de profesionales de la salud. A través de la identificación temprana de factores de riesgo a menudo es posible anticipar y tomar medidas de prevención ²⁰.

2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES

Barzola N. et al. Realizaron un estudio en el Centro de Salud La Unión, 2021 "Factores clínicos-Obstétricos de las mujeres en el puerperio con retenimiento de residuos de placenta y membranas intervenidas". Objetivo: Definir los Factores clínicos-Obstétricos de mujeres en el puerperio con retenimiento de residuos de placenta intervenidas en la IPRESS La Unión-Huánuco 2021. Método: La Metodología fue descriptiva, retrospectiva. Resultados: En el 2021, la frecuencia del retenimiento de residuos de placenta en puérperas intervenidas en la IPRESS La Unión-Huánuco fue 15.2%. Los datos o hechos sociodemográficos relevantes fueron: el 34.6% estado civil soltera y el 65.4% estado civil casada y conviviente, el 26.9% ≤ de 19 de

edad, el 57.7% de 20 a 34 y el 15.4% mayor o igual a 35, el 26.9% grado instrucción primaria, el 53.8% grado instrucción secundaria, el 11.5% grado instrucción técnica superior y el 7.7% con grado de instrucción superior universitario. Los factores obstétricos y ginecológicos de las mujeres en el puerperio con retenimiento de residuos de placenta, 2021, el 65.4% tuvieron periodo intergenésico, el 36.5% fueron Multíparas, el 15.4% fueron Gran Multíparas, el 21.2% fueron Nulíparas y el 26.9% fueron primíparas, el 34.6% mayor de 24 meses, el 59.6% tuvo de 6 a más atenciones pre natales, el 7.7% precedente aborto previos, el 13.5% historia de parto quirúrgico abdominal y el 9.6% historia de curetaje uterino. En cuanto a Los factores clínicas: el 67.3 % presentaron una labor de parto igual o menor a 12 horas y el 32.7% fue de más 12 horas, el 82.7 % modalidad Schultze del alumbramiento y el 17.9% modalidad Duncan del alumbramiento; el 53.8 % anormal alumbramiento, el 46.2 % normal alumbramiento y el 100% manejó activo del alumbramiento. Las complicaciones de las mujeres en el puerperio con retenimiento de residuos de placenta fueron: Las ITU y el sangrado vaginal excesivo después del parto con el 9.6 % y el 7.7 % correspondientemente. Conclusiones: El 15.2% retenimiento de residuos de placenta, 2021, los factores fueron casadas, convivientes y jóvenes, gran número de partos, labor de parto igual o menor de 12 horas, normal periodo de alumbramiento; y presentaron Infección del tracto urinario y sangrado vaginal excesivo después del parto ³⁰.

Aylas A. et al. Realizaron un estudio en la IPRESS Perú–Corea. de Huánuco en los meses de ago a dic 2019 “Factores de peligro de la contención de residuos de placenta en pacientes durante el periodo de puerperio”. Objetivo: Determinar las características de peligro en el retenimiento de residuos de placenta en mujeres durante el puerperio intervenidas en la IPRESS Perú-Corea-Huánuco de ago a dic 2019. Método: fue descriptiva simple, el tipo de investigación fue retrospectivo, no experimental, transversal y cuantitativo. La muestra fueron 60 mujeres en periodo de puerperio con parto vaginal con diagnóstico de retenimiento de residuos de placenta, cuya selección fue por

conveniencia muestreo no probabilístico, como instrumento se utilizó la ficha de recolección de datos y la técnica utilizada fue la documentaria, se utilizó el análisis estadístico SPSS v.26. Resultados: Datos sociodemográficas: edad de 15 a 25 años con 45% (27), zona urbana de origen con 67%(40); característica de peligro materno: alumbramiento tipo Schultze 67% (40), RPM 67%(40), infección urinaria con un 78%(47), al ingreso ruptura de membranas ovulares con 67% (40), precedente de aborto con 55%(33), deficiencia de hierro con 53%(32), intervalo corto entre gestaciones con un 53%(32) y gran número de parto (múltipara) 52%(31), alumbramiento anormal 58%(35), precedente de curetaje uterino 55%(33), características fetales de peligro: parto pretérmino con 17%(10) y feto macrosómico 2%. Conclusiones: Los factores demográficos y sociales y las características de peligro de la madre en el retenimiento de residuos de placenta son más preponderantes, por el contrario, las características de peligro del feto son menos preponderante en el retenimiento de residuos de placenta en mujeres durante el puerperio intervenidas en la IPRESS Perú-Corea-Huánuco ²⁷.

Nieto M. et al. Realizaron un estudio en la IPRESS Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari-Huánuco sobre “características de peligro en obstetricia y etiologías de sangrado vaginal excesivo después del parto en mujeres durante el puerperio intervenidas. Feb-dic 2019”. Objetivo: evaluar la relación que existe entre las características de peligro obstétrica y la etiología del sangrado vaginal excesivo después del parto. Método: transversal, doble variable, retrospectivo, no experimental, correlacional, con una muestra de 250 mujeres en puerperio, cuya selección fue por conveniencia, técnica: revisión de documentos y el instrumento: ficha de recolección de datos: el cual fue validada. los principales hallazgos: la media de edad fue 29 años, el 73,2% (183) son de unión estable, el 60,0% (150) grado de instrucción secundario, el 60,8% (152) con atención prenatal (> o igual a 6 APN), retenimiento de residuos de placenta y membranas el 81,2% (203), el 37,2% (93) con más de 1 parto, el 70,4% (176) embarazo de 37 a 40 ss,

un 72,4% (181), laceración del cérvix y/o vagina el 81,2% (203), trastornos de la coagulación 3,6% (9), el 55,6% (139) evidencio deficiencia de hierro, el 59,2% (148) labor prolongada del parto, el 54,4% (136) parto inducido. Conclusiones: el origen del sangrado vaginal excesivo después del parto se correlacional con las características de peligro en las mujeres durante el puerperio intervenidas en la IPRESS Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari”, 2019; sin embargo, la trombina no se correlaciona como una característica de peligro ²⁹.

2.2. BASES TEORICAS

2.2.1. PARTO

La evolución que conlleva al nacimiento de un recién nacido es el parto. Inicia con las contracciones uterinas regulares y termina con el alumbramiento del niño y la salida de la placenta. El nacimiento y el embarazo son procesos fisiológicos; y por tanto, el parto y la venida del recién nacido son estimados como procesos dentro de lo normal para las mujeres gestantes (22).

2.2.2. PERÍODOS DEL PARTO

2.2.2.1. PERÍODO DE DILATACIÓN

Si se da inicio a la dinámica uterina regular, se produce el descenso del feto por el canal, la adaptabilidad del cráneo fetal a los parámetros métricos de la pelvis y logara la dilatación cervical y vaginal. En este proceso se debe monitorizar la dinámica uterina y los latidos cardiacos fetales. A lo largo del desarrollo del parto se dan modificaciones relevantes a nivel del cérvix: la dilatación y la incorporación del cuello uterino. La dilatación es medible en centímetros, de 0 a 3 cm la fase del parto se denomina Latente, y de 4 a 10 cm la fase se denomina Activa ²¹.

2.2.2.2. PERIODO EXPULSIVO

Al término del embarazo, el feto deberá completar el descenso, rotación y el moldeamiento de su cabeza en el tracto del parto. Se comienza en el momento en el que la dilatación ha terminado, lo cual posibilita el paso del feto al exterior. Las fuerzas que intervienen son la contracción de los músculos abdominales y las contracciones uterinas que tratan de eliminar el material uterino.

²².

2.2.2.3. PERÍODO DE ALUMBRAMIENTO

Se trata del período abarcado entre la salida del feto y la salida de la placenta. En esos momentos, la placenta se separa de su posición y se expulsa conjuntamente con las membranas ovulares. La atención médica, los cuidados obstétricos y el bienestar general de la madre son esenciales. En esos momentos se producen la mayoría de los sangrados vaginales graves, las cuales representan una de las relevantes etiologías obstétricas directas de defunciones materna. Estas muertes evitables se ocasionan principalmente en lugares en los que no se encuentran aseguradas las condiciones obstétricas y neonatales esenciales para la asistencia del parto ²¹

El alumbramiento lo podemos dividir en los siguientes procesos:

- A. Desprendimiento de la placenta.
- B. Desprendimiento de las membranas.
- C. Descenso de la placenta.
- D. Expulsión de la placenta.

A. Desprendimiento de la Placenta

En el momento en que se produce la salida del feto, el útero se contrae para ajustarse a su mínimo contenido. No obstante, la placenta permanece un tiempo (unos minutos) sujeta a él. Sin embargo, seguidamente se presentan fuertes contracciones rítmicas, que no son sino una continuación de las del parto, sin interrupción y parecidas a ellas en intensidad y frecuencia: esta actividad contráctil será el elemento primordial del desprendimiento del tejido placentario. La cavidad uterina continúa contrayéndose con las mismas características que durante el parto. La intensidad de 50 mmHg y una frecuencia que oscila entre 3 y 5 cada 10 minutos ejercen presión sobre la placenta; no se aprecia ningún momento en el que el órgano interrumpirá su actividad contráctil. Este proceso determina el desprendimiento y la salida del tejido placentario. No se requieren más de dos o tres contracciones para obtener este efecto; el tiempo que se demora oscila entre 4 y 8 minutos, con un término medio de seis minutos. Este período de tiempo se denomina tiempo corporal. A pesar de su intensidad, las contracciones descritas son soportables, debido a que no se encuentran ausentes en ella la distensión y la isquemia prolongada; por lo tanto, no son apreciadas de manera clínica. Las contracciones disminuyen el área de pared uterina en la que se encuentra implantada la placenta; pero al no tener ella el mismo índice de retracción que la pared sobre la que se asienta (tejidos de distinta estructura), no puede acompañarla paralelamente en el acortamiento, y la pared sólo puede continuar este proceso retráctil y de acortamiento rompiendo las trabéculas y los vasos que la juntan a la placenta. Por tal motivo, las contracciones determinan el factor principal del desprendimiento.

Seguidamente se junta otro proceso para sumarse a la separación. El desgarro de vasos durante el desprendimiento condiciona un hematoma entre el útero y la placenta, cuyo

incremento produce excéntricamente la separación de tejidos: la placenta colecciona esa sangre y se invierte englobando en su concavidad este hematoma, el que por su volumen culmina arrastrando el residuo de la misma aún no desprendida, así como las membranas ovulares. El corte de las trabéculas y de los vasos es el factor íntimo principal del desprendimiento. Además, intervienen mecanismos necrobióticos que se desarrollan en el sistema trabecular (necrosis de coagulación, degeneración hialina y adiposa, calcificación, etc.) ²¹.

El plano de desprendimiento de la placenta se localiza en la capa más superficial de la esponjosa; de tal forma que la parte profunda se mantiene unida a la decidua, por otro lado, su parte superficial sale adherida a la superficie de cotiledones y aparece sobre éstos como una membrana de color gris con brillo, de apariencia barnizado, que recubre toda la cara materna de la placenta ²¹.

B. Mecanismos Del Desprendimiento Placentario

- a) El de Baudeloeque-Schultze el desprendimiento se produce en el centro de la implantación, con la consiguiente hemorragia: ésta, al producirse, crea el hematoma retroplacentario, que culmina con el desprendimiento de la placenta, volteándola y alojándose en su concavidad; la placenta es empujada por el hematoma y expulsada al exterior por su cara fetal. La pérdida sanguínea del alumbramiento se producirá al final, excepto que antes hubiese sido posible labrarse un camino diseñando el plano existente entre la decidua y las membranas.
- b) El de Baudelocque-Duncan se comienza el desprendimiento en el borde placentario y se expande hacia el centro de la placenta; a la salida primero aparece, el borde de la placenta. La salida sanguínea es evidente desde que se comienza el desprendimiento, antes de la salida.

C. Desprendimiento de la Membranas (Separación del corion y amnios)

Son desprendidas por similar contexto. Las contracciones uterinas que sobrevienen, pliegan inicialmente las membranas y después las desprenden; al culminar, el tironamiento debido al descenso por el peso placentario, las desprenderá ²¹.

D. Descenso de la placenta

Desprendida el tejido placentario, ésta baja del cuerpo al segmento del útero y de aquí al canal vaginal, condicionado por cierta actividad contráctil uterina y por el peso del tejido placentario, la que empuja a las membranas volteándolas desde las áreas de inserción cercanas al borde de la placenta. La inercia vaginal por el parto condiciona que esta quede detenida por cierto tiempo.

E. Expulsión de la placenta

Seguidamente pueden ocurrir dos contextos: a) los comunes que se repitan con algunos pujos y estos, sumado al peso de la placenta y el hematoma retroplacentario, terminen la salida de la placenta hasta el exterior (alumbramiento espontáneo), o bien b) la placenta desprendida y bajada a la vagina continua allí albergada, por lo que es necesario extraerla con asistencia manual (alumbramiento manual) ²¹.

2.2.3. MANEJO ACTIVO DEL ALUMBRAMIENTO

El alumbramiento dirigido, consiste en la fijación del cordón, tracción controlada del cordón durante la salida del tejido placentario y el uso profiláctico de Oxitocina. El objetivo es disminuir la hemorragia después del parto (Begley, 2015; Jangsten, 2011; Westhoff, 2013). Es evidente que la sujeción retardada del cordón umbilical no incrementa los indicadores de hemorragia después del parto, y por consiguiente el pinzar tempranamente resulta menor influyente en esta triada. Igualmente, la tracción sostenida del cordón resulta ser menos crucial

(Deneux-Tharaux, 2013; Du, 2014; Gülmezoglu, 2012). Algunos siguen el masaje uterino tras el alumbramiento con el fin de prevenir el sangrado vaginal profuso después del parto. Sostenemos esta práctica advirtiendo que las pruebas para esta no son relevantes (Abdel Aleem, 2010). Por tal motivo, los uterotónicos ejercen un papel primordial en el decremento de la pérdida sanguínea en el posparto. Las opciones incluyen la Oxitocina, las prostaglandinas, el carboprost, y la ergonovina. Además, fuera de Estados Unidos se usa una combinación de oxitocina y ergonovina (Syntometrine). También, en otros países, se dispone de carbetocina (Duratocin), un equivalente de la Oxitocina de mayor tiempo de acción, que es efectiva para reducir los sangrados excesivos durante la cesárea (Attilakos, 2010; Su, 2012). De estos, la OMS sugiere la Oxitocina como un medicamento primera línea. Los demás medicamentos (ergot y Misoprostol) son elecciones en escenarios que carecen de oxitocina ²².

2.2.4. COMPLICACIONES DEL PARTO

2.2.4.1. HEMORRAGIA POSPARTO

El sangrado vaginal excesivo después del parto se origina del lugar de inserción de la placenta, del trauma del tracto genital u órganos próximos. Posterior a la expulsión de la placenta ocurre un sangrado normal que no debe pasar el medio litro aproximadamente. Existen diversos conceptos de Hemorragia postparto. Siendo, mayor las referencias al volumen sanguíneo perdido, al instante de aparición y a la situación clínica de la puérpera ²³.

Las más comunes definiciones son:

- Hemorragia post-parto: Sangrado vaginal posterior al parto que excede los 500 cc.
- Hemorragia post-parto severa: sangrado vaginal que excede los 1.000 ml.

- También se entiende por Hemorragia Post-parto: cualquier salida de sangre posterior al parto que comprometa el balance hemodinámico de la paciente ²³.

A. EPIDEMIOLOGÍA

La Hemorragia posterior al parto representa una décima parte de las atenciones en obstetricia y ocupa el primer puesto como etiología de defunción materna a nivel internacional, pero va de 25 a 60% en diferentes naciones en vías de desarrollo ²⁶.

El indicador prevalencia de sangrado vaginal después del parto de 500 cc es de 6 a 10% y mayor de 1 000 cc es de 2 a 3% ²⁶.

B. CLASIFICACIÓN

Hemorragia Postparto Inmediata o Temprana:

Comúnmente, se origina inmediatamente después de alumbramiento o inmerso en las 6-8 horas. Se conceptualiza como sangrado vaginal después del parto hasta las 24 primeras horas. Afectando a un 4% de los partos normales y un 6% de partos quirúrgicos abdominales ²⁴.

Etiología Hemorragia Post Parto:

La inercia del útero es una afección medica causada por la incapacidad de las contracciones uterinas posparto para ocluir las arterias espirales, provocando más sangrado de lo normal en el sitio de unión a la placenta. La inercia uterina es la causa más común de hemorragia posparto (inmediata) con un porcentaje del 70 al 90% de los casos:

- Residuos de placenta
- Laceración del tracto genital
- Atonía Uterina

- Útero roto
- Coagulopatias.
- Placenta acreta

Hemorragia Puerperal Tardía:

Esta es una condición que ocurre posterior de las primeras 24 horas posparto ²⁴ y las 6 semanas posparto ²⁵. Generalmente ocurre después del alta del hospital y en las dos semanas posterior al parto.

Causas más frecuentes

- Infección del tejido endometrial
- Retenimiento de residuos ovulares

Si la evidencia medica no es compatible con los diagnósticos más frecuentes, para descartar enfermedad trofoblástica gestacional, debe solicitarse una curva de subunidad B–HCG cuantitativa. Hasta un cuarto de los casos de neoplasias trofoblásticas gestacionales ocurren luego de gestaciones normales, debido a la persistencia de tejido trofoblástico en el utero ²⁴.

C. ETIOLOGIA:

Las causas de HPP utiliza las 4 T ²⁵:

- ✓ Trombina (1%): trastornos de la coagulación.
- ✓ Tejidos (10%): alumbramiento incompleto
- ✓ Trauma (19%): trauma uterino (rotura e inversión) y desgarros de cérvix, vagina y periné.
- ✓ Tono (70%): inercia uterina

D. FACTORES DE RIESGO

La gran cantidad de los sangrados vaginales excesivos después del parto se manifiestan en puérperas sin características de peligro evidenciabiles. En mujeres con características de peligro el profesional obstetra que interviene en el parto debe prepararse principalmente para su ocasional aparición ²⁴.

- ✓ Prologada labor de parto: conceptualizándose como una evolución lenta de la dilatación (siendo esta la característica de mayor peligro)
- ✓ Extendida utilización de oxitocina para una labor de parto inducida o conducida.
- ✓ Útero sobre distendido:
 - Embarazo Gemelar
 - hidramnios
 - Feto Macrosómico
- ✓ Gran número de parto (5 a más)
- ✓ Presente de sangrado vaginal excesivo
- ✓ Parto instrumentado
- ✓ Hipertensión inducida por el embarazo
- ✓ Prolongado periodo Expulsivo

2.2.4.2. RETENCIÓN PARCIAL DE RESTOS PLACENTARIOS Y MEMBRANAS

Son residuos de placenta o de amnios o corion dentro del útero, evitando que este pueda contraerse de manera eficaz, por ende, puede quedar retenida parte o todas las membranas, así como uno o más cotiledones por diversas causas ²¹.

El Retenimiento de residuos de placenta o membranas en la cavidad uterina puede darse en muchas ocasiones por uno o varios cotiledones y esto es condicionado debido a la ejecución de maniobras apresuradas y energéticas durante el manejo del alumbramiento (como son los tirones del cordón, las compresiones intempestivas, etc.); así mismo se produce por los alumbramientos tipo manual realizados incompletamente o cuando existen cotiledones accesorios o aberrantes como ocurre en el tipo de placenta succenturiada ²¹.

El hallazgo se obtiene a través de la evaluación minuciosa de la placenta, que se realiza posteriormente después del alumbramiento. Se evidencia la falta de un cotiledón o más. El sagrado vaginal excesivo es irregular y puede no estar relacionado con el tamaño del cotiledón enclaustrado ²¹.

El examen digital intrauterino, evidencian este hallazgo clínico. El proceso clínico de la retención de cotiledones puede continuar diversos caminos: se expulsan espontáneamente; en un alto porcentaje ocasionan hemorragias, a veces muy exagerada, seguidamente, en el puerperio; padecen un proceso de desintegración, condicionando infecciones por microorganismos que ascienden desde el tracto vaginal, y en otras ocasiones se desarrollan en la cavidad uterina y se convierten en pólipos que pueden o no eliminarse posteriormente (pólipos placentarios) ²¹.

El manejo consiste en la realización de un legrado uterino para extracción del retenido cotiledón, con el uso de la cureta de Pinard. El uso de oxitócicos (ergotina) apoyan eficazmente en el manejo posterior ²¹.

El alumbramiento incompleto de membranas. Es habitual en el parto eutócico y espontáneo. Puede retenerse una porción o la totalidad de las membranas, ya sea en espesor o extensión, ya sea amnios, corion o los dos juntos. Ello se produce por la ejecución

de maniobras intempestivas y descontroladas para el alumbramiento y por la fragilidad de las membranas; así como, por el nivel de adherencia de estas membranas. Dicho evento es observable comúnmente en la placenta marginada. Lo más común es que aquéllas se desechen en los días posteriores del puerperio, en conjunto con los loquios, generalmente desintegrados, observándose también entuertos o loquios fétidos, puesto que el alumbramiento incompleto beneficia el ascenso de microorganismos y predispone a una endometritis ²¹.

Como manejo se utiliza la administración de medicamentos oxitócicos (ergotina), antibióticos y administración de paquetes de hielo. En las pacientes con retenimiento total, puede utilizarse el legrado con cureta roma de Pinard ²¹.

E. FACTORES DE RIESGO

El parto pretérmino y La ruptura prematura de membranas pueden ser considerados como características de peligro para el retenimiento de residuos de placentas.

Hay evidencia de asociación entre el retenimiento de residuo de placenta y las características presentes: paridad (gran multíparas), etapa de vida adolescente, alumbramiento natural y gran cantidad de abortos. El precedente de parto quirúrgico abdominal, inserción previa placentaria y el abrupcio placenta, si evidenciaron relación estadística relevante dependiente; pero, su asociación fue mesuradamente frágil ¹⁸.

Paridad: Se refiere al número de embarazos en una mujer que alcanzan una edad gestacional viable; es decir con un feto de 20 a más semanas, peso de más de medio kilo, viable o no viable. El número de parto es una característica relevante asociado al riesgo de enfermar o morir de a madre y principalmente la multiparidad y gran multiparidad que conlleva a un mayor peligro de desarrollar consecuencia nefastas de índole obstétrico dentro

de las que se encuentran el sangrado vaginal profuso después del parto por el retenimiento de residuos de placenta, condicionado por la falta de capacidad fisiológica del útero, capacidad elástica y contráctil disminuida, dando como consecuencia una limitada fuerza contráctil del cuerpo del útero y una resistencia marcada a nivel del cuello uterino, lo que condiciona una placenta retenida.

Periodo Intergenésico: Es el intervalo de tiempo establecido entre el final del último embarazo y el inicio del actual ¹⁹.

Ruptura prematura de Membranas: Es la solución de discontinuidad de las membranas de la placenta antes del inicio del trabajo de parto ¹⁹.

Antecedentes de Cesárea anterior: Historia personal de partos quirúrgicos abdominales por medio del cual se produce la salida del feto de la cavidad uterina ¹⁹.

Antecedentes de Abortos: historia personal de interrupción de la gestación antes de las 22 semanas de gestación, con un producto de menos de 500 gramos ¹⁹.

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

- 1) **Alumbramiento:** etapa del parto que va desde la expulsión del producto hasta la expulsión placentaria.
- 2) **Alumbramiento Espontáneo:** Ausencia de intervención médica para el desprendimiento.
- 3) **Alumbramiento dirigido o activo:** Uso de oxitocina para el desprendimiento.
- 4) **Alumbramiento manual:** Es la intervención manual para lograr el desprendimiento.
- 5) **Retención placentaria:** Existencia persistente de la placenta en la cavidad uterina después del nacimiento; causar sangrado e infección.

- 6) **Retención de restos placentarios:** Retenimiento de residuos de placenta y membranas después de una separación incompleta.
- 7) **Edad materna:** años que vive la gestante.
- 8) **Parturienta:** Mujer en trance de trabajo de parto, en cualquiera de sus periodos.
- 9) **Puérpera:** mujer después del alumbramiento hasta los 42 días post parto.
- 10) **Paridad:** Es una condición en la que uno o más productos que pesan 500 g o más, vivos o muertos, han sido liberados a través de la vagina.
- 11) **Primípara:** mujer que ha tenido solo 1 parto.
- 12) **Múltipara:** Mujer que ha tenido 2 a 4 partos.
- 13) **Gran Múltipara:** Mujer que ha tenido 5 a más partos.
- 14) **Hemorragia posparto:** salida vaginal sanguínea superior a medio litro después del parto hasta las 24 horas.
- 15) **Antecedentes de aborto:** historia personal de Interrupción de gestación antes de las 22 semanas.
- 16) **Antecedentes de Cesárea:** Historia personal de mujer con intervención quirúrgica abdominal.
- 17) **Rotura prematura de membranas:** Este es un trastorno que ocurre durante el embarazo cuando el saco amniótico se rompe antes del primer período del parto. Generalmente es causada por una infección bacteriana.
- 18) **Parto pre término:** parto de un producto después de la 22 y antes de las 37 semanas.

2.4. HIPOTESIS

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

HI₁: Existe una asociación significativa entre los factores obstétricos y la retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Centro de Salud la Unión de Huánuco, 2023.

H0₁: No existe una asociación significativa entre los factores obstétricos y retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Centro de Salud la Unión de Huánuco, 2023.

2.5. VARIABLES

2.5.1. VARIABLE DEPENDIENTE

Retención de restos placentarios

2.5.2. VARIABLE INDEPENDIENTE

Factores obstétricos

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (DIMENSIONES E INDICADORES)

VARIABLE	DEFINICIÓN	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADOR	TIPO
V.D. Retención de restos Placentarios:	Retención de fragmentos de membranas y de cotiledones	Revisión de los diagnósticos de retención de restos placentarios en las Historias clínicas de las pacientes obstétricas y registro en la ficha de recolección de datos.	Cuantitativa	✓ Retención de restos placentarios	Diagnóstico de retención de restos placentarios	
V.I Factores Obstétricos	Son cualidades obstétricas que predisponen a un Determinado Comportamiento o cambio Materno.	Registro final en la ficha de recolección de datos del análisis de las historias clínicas.	Cuantitativa	✓ Paridad.	Registro de número de partos	· Primípara · Multípara · Gran multípara
				✓ Edad Gestacional.	Registro de Edad Gestacional	· Pre termino · A termino. · Post termino
				✓ Intergenésico.	Periodo Registro del periodo de tiempo de un embarazo a otro	· No Tiene · Corto · Normal · Largo
				✓ Ruptura Prematura Membranas.	de Registro de RPM	· Si · No
				✓ Enfermedad Hipertensiva Embarazo.	del Registro de la enfermedad hipertensiva del	· Si · No

embarazo				
✓ Antecedente Aborto.	de	Registro antecedente Aborto.	de de	· Si · No
✓ Antecedente Legrado Uterino.	de	Registro antecedente Legrado uterino	de de	· Si · No
✓ Antecedente Cesárea.	de	Registro antecedente cesárea	de de	· Si · No
✓ Duración del Parto.		Registro Partograma.	de	Precipitado (< a 3 horas) Normal (4 a 12 horas) Prolongado (> a 12 horas)
✓ Modalidad Alumbramiento.	de	Registro modalidad desprendimiento de la placenta	de de	· Shultze · Duncan
✓ Tiempo Alumbramiento Dirigido.	de	Registro de duración del periodo de alumbramiento	de	· < a 15 min. · 15 a 30 min.

CAPÍTULO III

MÉTODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. TIPO DE INVESTIGACION

3.1.1. ENFOQUE

De enfoque cuantitativo, por el uso de análisis estadísticos para establecer la conexión entre lo que se sabe y lo que se puede aprender mediante la investigación.

3.1.2. ALCANCE O NIVEL

El nivel es correlacional; conociendo las condiciones que aumentan la posibilidad de morbilidad, se brindan las causales asociadas para la retención de restos placentarios.

3.1.3. DISEÑO DE INVESTIGACION

El actual estudio tiene un diseño observacional retrospectivo, transversal, ya que se analizará los factores obstétricos que condicionan el retenimiento de restos placentarios. Es observacional dado que no se intervino las variables; retrospectivo condicionado por el acceso a datos de hechos previos o históricos; y transversal por el desarrollo en un solo periodo de tiempo. El cual responde al siguiente diseño:

Donde:

M = Población Muestral

O = Factores obstétricos.

Y = Mujeres en periodo puerperio atendidas de partos vaginales con alumbramiento incompleto.

r = La relación probable entre las variables.

3.2. POBLACION Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

La población de estudio estuvo constituida por las puérperas con alumbramiento dirigido, que presentaron retenimiento de residuos de placenta o membranas en cavidad uterina, atendidas en la IPRES La Unión durante el año 2023.

La Población seleccionada según los reportes estadísticos y registros de atención del Centro de Salud La Unión fue de 36 pacientes puérperas de parto eutócico atendidas durante el lapso de tiempo en estudio.

Se menciona como referencia que el número total de puérperas de partos vaginales atendidos en el Centro de Salud La Unión a quienes se les realizó alumbramiento dirigido durante el año 2023 fueron de 296 puérperas.

3.2.2. MUESTRA

La muestra fue No Probabilístico en la modalidad intencionada porque se determinaron según los criterios de inclusión y exclusión. y estuvo constituida por el 100 % mujeres en periodo puerperal con manejo activo del alumbramiento que presentaron retención de restos placentarios registradas en el Centro de Salud La Unión 2023.

Según lo determinado La muestra seleccionada fueron 36 pacientes puérperas de parto vaginal que presentaron retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en el Centro de Salud La Unión 2023.

• Criterios de inclusión

- ✓ Historias clínicas de mujeres en periodo puerperal que finalizaron su parto por vía vaginal diagnosticadas con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina durante el

alumbramiento en el Centro de Salud La Unión durante el tiempo de investigación.

- ✓ Historias clínicas de mujeres en periodo puerperal con registro de datos completos que se necesite para la investigación.

- **Criterios de exclusión**

- ✓ Historias clínicas de puérperas fuera del periodo de estudio.
- ✓ Historias clínicas de puérperas que no cuenten con los datos de variable solicitada en esta investigación.
- ✓ Historias clínicas de puérperas de parto por cesárea.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

3.3.1. PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1.1. TÉCNICA

La evaluación de documentos a través de la exploración de los registros clínicos, libro de Hospitalización, Sala de Partos y Centro Quirúrgico de las pacientes con diagnóstico del retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina, fue La técnica de investigación utilizada

3.3.2. INSTRUMENTO

La ficha de recolección de datos fue el instrumento, que ha sido formulado por el investigador la cual consta con los Factores obstétricos relacionados al retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina en puérperas inmediatas. La que fue validada por tres expertos en el área de Obstetricia.

- **ACTIVIDADES**

Se realizó el trámite administrativo en el Centro de Salud La Unión, para la realización del estudio de investigación. Primero a la Jefatura del

Centro de Salud se presentó un documento al jefe de la oficina de estadística e Informática y de admisión, para la autorización de la revisión y recolección de los datos de las historias clínicas respectivas.

Previo permiso del jefe del Centro de Salud La Unión, se procedió a la indagación del número de historias clínicas de aquellas mujeres púerperas que fueron atendidas durante el periodo que comprende la investigación. Se utilizó el libro de ingresos y egresos con que cuenta la unidad prestadora de servicios de salud y se seleccionaron las pacientes según los criterios asumidos.

Posteriormente se identificó a las mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina a partir del libro de registro de centro quirúrgico.

Una vez obtenida la lista de los códigos de historias clínicas de las mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas. Se procedió a la obtención de las historias clínicas con la autorización del jefe de la Unidad de Archivo para así recopilar la información necesaria para la investigación. Aplicándose la ficha de recolección de Datos a dichas historias. Para obtener los datos de las variables a estudiar se necesitará un tiempo aproximado de 10 minutos por cada ficha clínica.

3.3.3. PARA LA PRESENTACIÓN DE DATOS

Se realizó la revisión de los datos de cada uno de los instrumentos utilizados; posteriormente se realiza la sistematización de la información según las características del estudio. Seguido de la clasificación de los datos. Para culminar con la presentación de resultados en tablas académicas de las variables en estudio.

3.3.4. PARA EL ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

Se realizó el análisis e interpretación de los datos en manera imparcial según lo obtenido en los resultados de las variables en estudio.

3.3.5. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACION

Finalizada el compendio de datos, se comprobó la calidad, luego se diseñó una base de información y seguidamente se incorporó la información recopilada a una matriz en el programa MS Excel para la organización idónea de la información. El análisis estadístico se llevó a cabo través del software SPSS considerando el coeficiente de correlación de Rho Spearman.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. PROCESAMIENTO DE DATOS

Descripción de la realidad observada:

Tabla 1. Frecuencia de mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023

Categoría	n=296	
	Fi	%
Presento Retención de Restos Placentarios		
Si	36	12
No	260	88
Total	36	100

Fuente: Instrumento, Ficha de Análisis

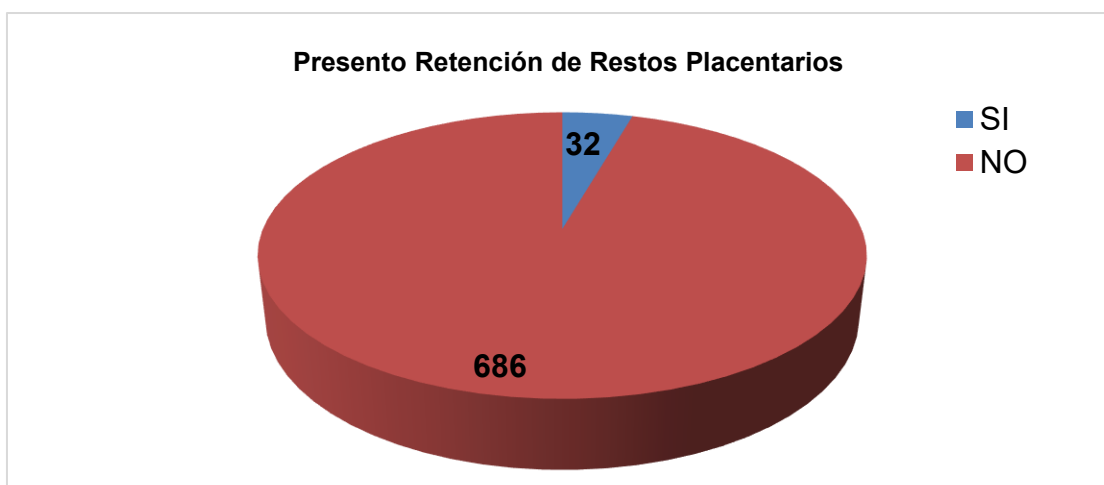


Gráfico 1. Edad de las mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023

Análisis e Interpretación de la Tabla

Observamos que la retención de restos placentarios presento una frecuencia de 12% de todos los partos atendidos en la IPRESS La Unión durante el año 2023.

Tabla 2. Edad de las mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023

Categoría	n=36	
	Fi	%
Edad		
Adolescente	4	11
Joven	18	50
Adulta	14	39
Total	36	100

Fuente: Instrumento, Ficha de Análisis.

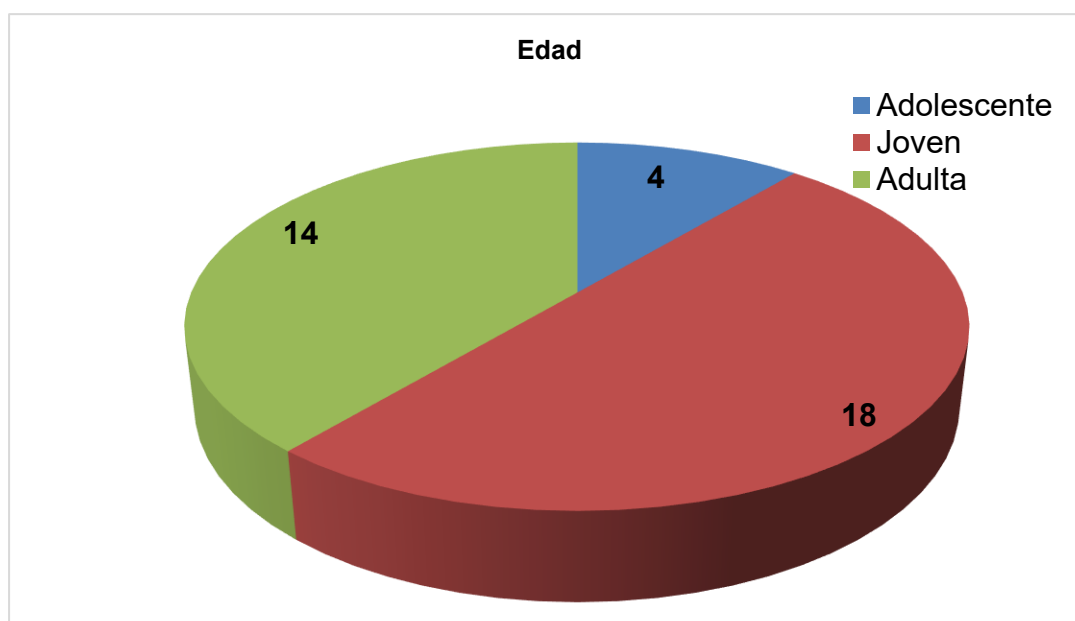


Gráfico 2. Edad de las mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023

Análisis e Interpretación de la Tabla

Respecto a los datos poblacionales, observamos que la edad joven es la que predomina con 50%, seguido a la edad adulta con un 39% y en menor proporción a la edad adolescente con un 11%.

Tabla 3. Grado de Instrucción de las mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023

Categoría	n=36	
	Fi	%
Grado de Instrucción.		
Ninguno	0	0
Primaria completa	2	6
Primaria incompleta	3	8
Secundaria Completa	22	61
Secundaria Incompleta	4	11
Superior completa	4	11
Superior Incompleta	1	3
Total	36	100

Fuente: Instrumento, Ficha de Análisis.

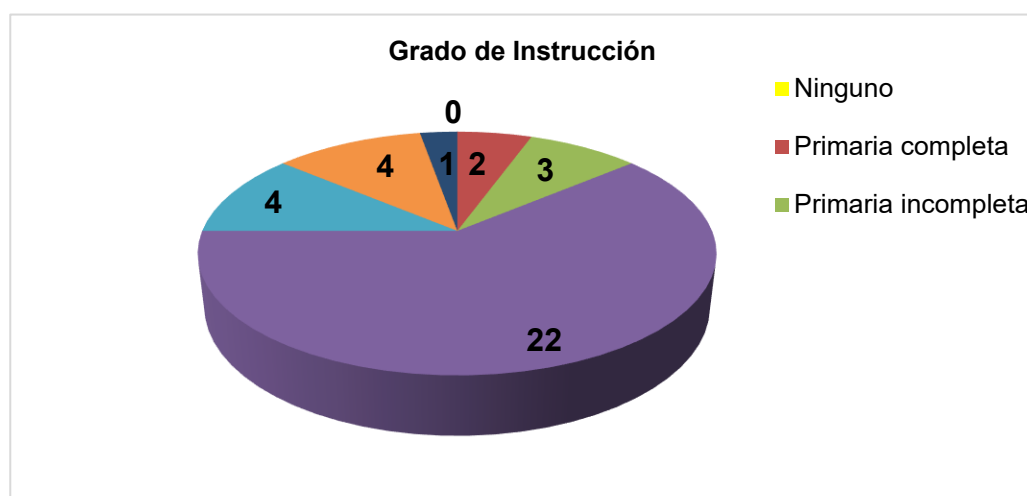


Gráfico 3. Grado de Instrucción de las mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023

Análisis e Interpretación de la Tabla

Respecto a los datos poblacionales, observamos que el grado de instrucción secundaria completa presenta la mayor frecuencia con un 61%, seguida de la Secundaria incompleta y Superior Completa con un 11% cada una, la primaria incompleta con un 8%, seguido de la primaria completa con un 6% y mínimamente la superior Incompleta con un 3%.

Tabla 4. Estado civil de las mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023

Categoría	n=36	
	Fi	%
Estado Civil		
Soltera	4	11
Casada	4	11
Conviviente	28	78
Divorciada	0	0
Total	36	100

Fuente: Instrumento, Ficha de Análisis.

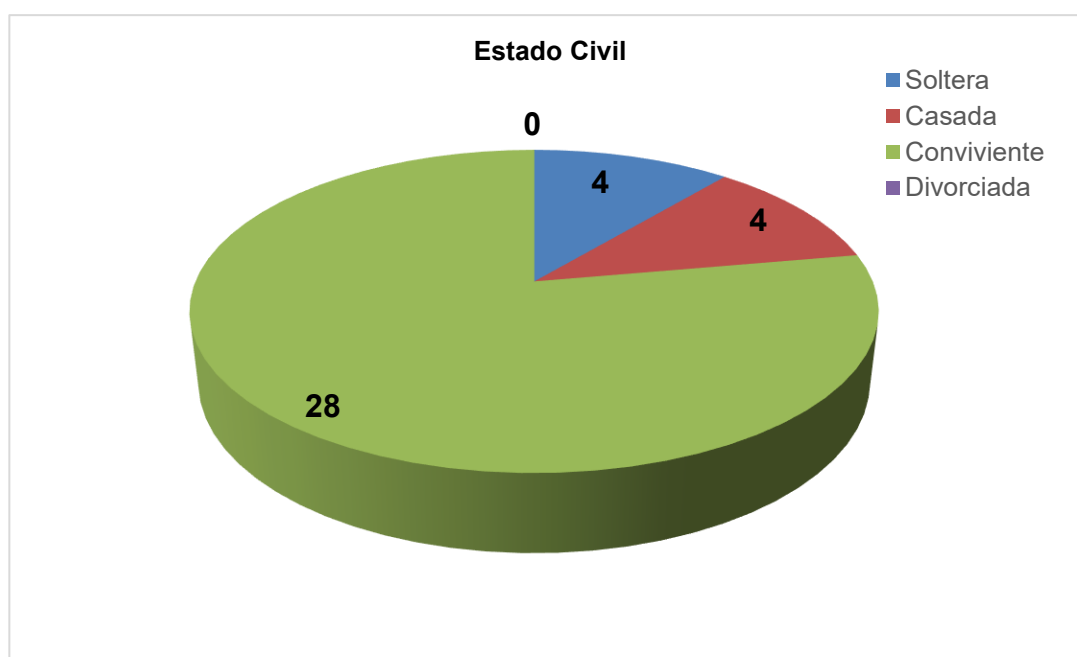


Gráfico 4. Estado civil de las mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023

Análisis e Interpretación de la Tabla

Respecto a los datos poblacionales observamos que, según el estado civil aproximadamente el 78% de las pacientes atendidas son convivientes, seguido de las solteras y casadas con un 11% cada una.

Tabla 5. Factores Obstétricos Anteparto: Paridad en mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023

Categoría	n=36	
	Fi	%
Paridad		
Primípara (1 parto)	5	14
Múltipara (2 a 4 partos)	30	83
Gran múltipara (> o igual a 5 partos)	1	3
Total	36	100

Fuente: Instrumento, Ficha de Análisis

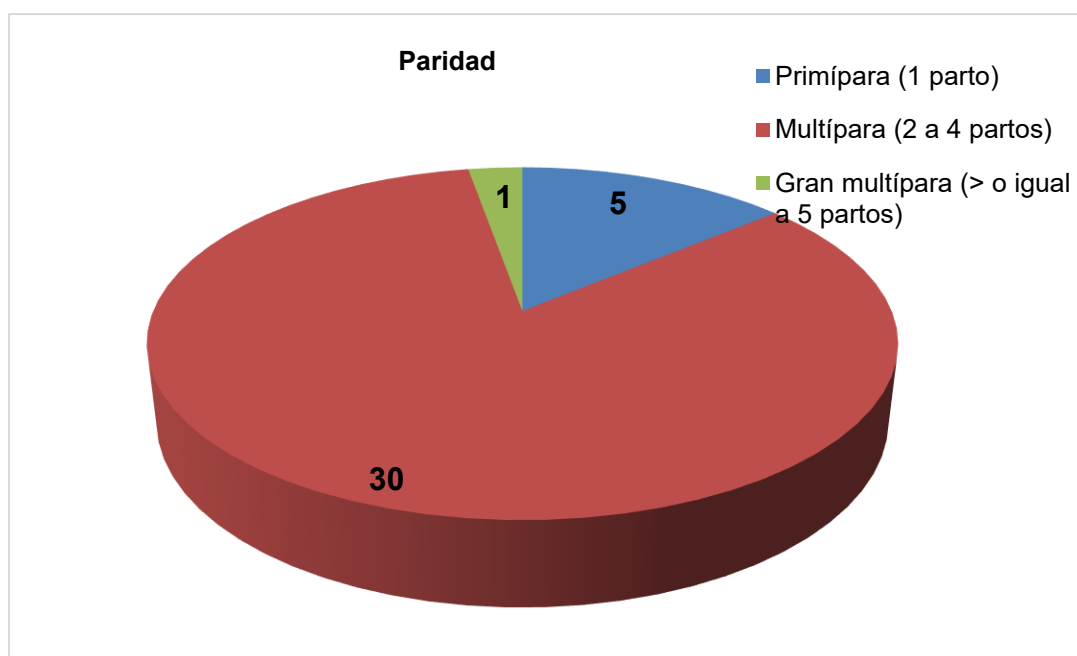


Gráfico 5. Factores Obstétricos Anteparto: Paridad en mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023

Análisis e Interpretación de la Tabla

Respecto a los Factores Obstétricos Anteparto, observamos según la paridad que las múltiparas presentan una frecuencia del 83%, las primíparas un 14% y las Grandes múltiparas un 3%.

Tabla 6. Factores Obstétricos Anteparto: Edad Gestacional en mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023

Categoría	n=36	
	Fi	%
Edad Gestacional		
Pretérmino (< 37 semanas)	2	6
A término (37 a 41 semanas)	34	94
Post término (> o = a 42 semanas)	0	0
Total	36	100

Fuente: Instrumento, Ficha de Análisis.

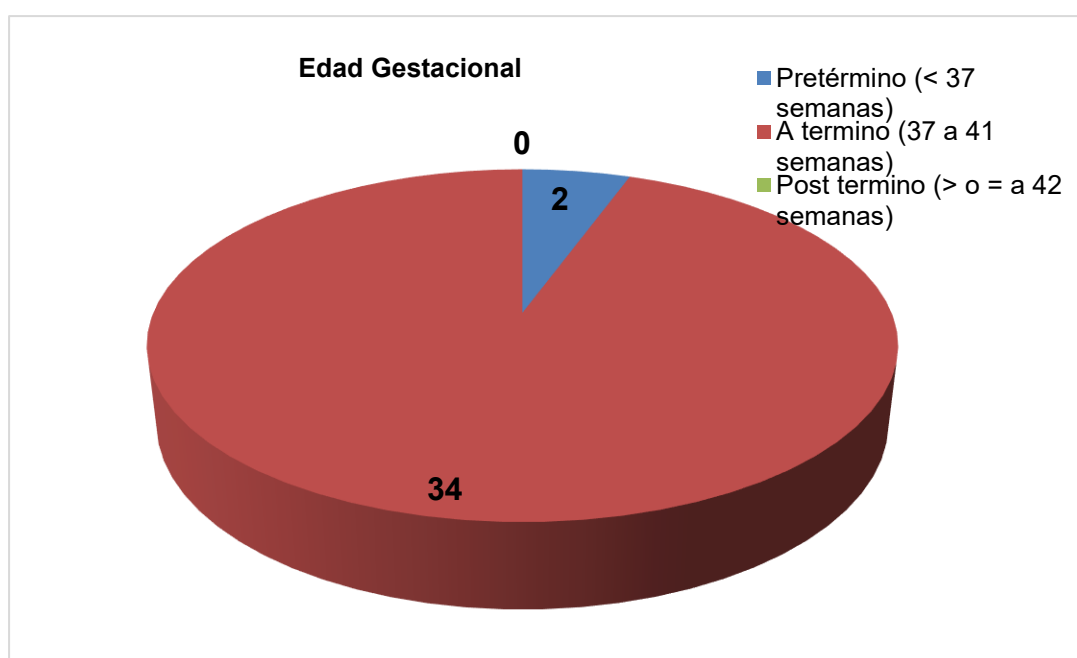


Gráfico 6. Factores Obstétricos Anteparto: Edad Gestacional en mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023

Análisis e Interpretación de la Tabla

Respecto a los Factores Obstétricos Anteparto, observamos según la edad gestacional que un 94% tuvieron una edad gestacional a término y un 6% tuvieron una edad gestacional pretérmino.

Tabla 7. Factores Obstétricos Anteparto: Periodo Intergenésico en mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023

Categoría	n=36	
	Fi	%
Periodo Intergenésico		
No Tiene	6	17
Corto (< a 24 meses)	4	11
Normal (24 a 48 meses)	23	64
Largo (> a 48 meses)	3	8
Total	36	100

Fuente: Instrumento, Ficha de Análisis

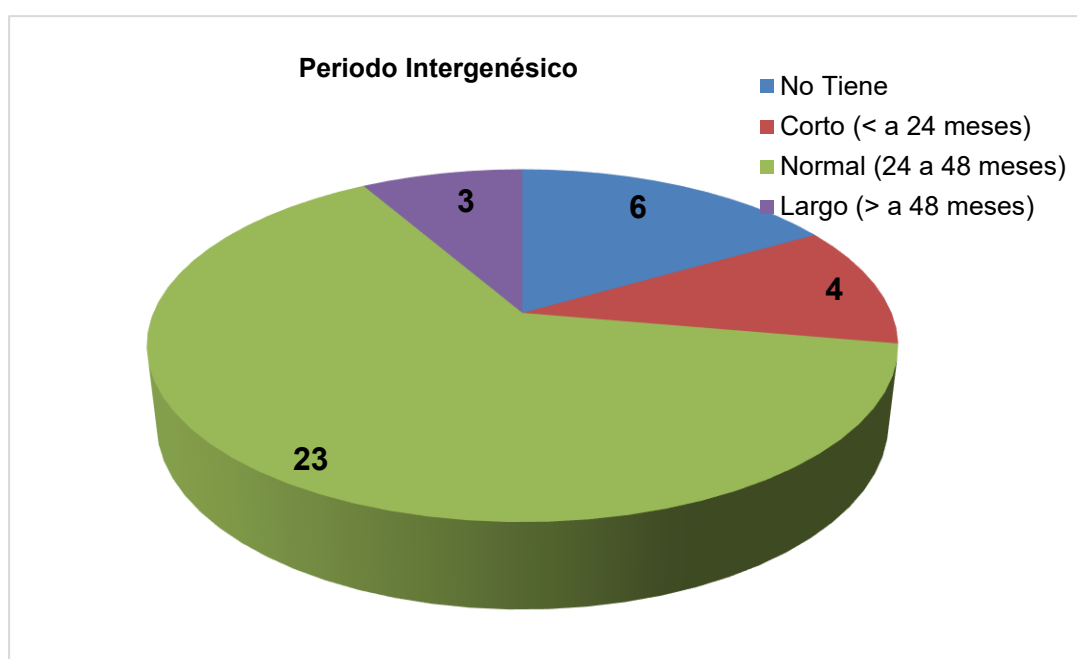


Gráfico 7. Factores Obstétricos Anteparto: Periodo Intergenésico en mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023

Análisis e Interpretación de la Tabla

Respecto a los Factores Obstétricos Anteparto, observamos según el periodo Intergenésico, un 17% no tuvieron periodo Intergenésico por ser el primer parto, un 64% tuvieron Periodo Intergenésico Normal, 11% tuvieron un periodo Intergenésico corto, y un 8% tuvieron periodo Intergenésico largo.

Tabla 8. Factores Obstétricos Ante parto Presento ruptura prematura de membranas en mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023

Categoría	n=36	
	Fi	%
Presento Ruptura Prematura de Membranas.		
Si	12	33
No	24	67
Total	36	100

Fuente: Instrumento, Ficha de Análisis

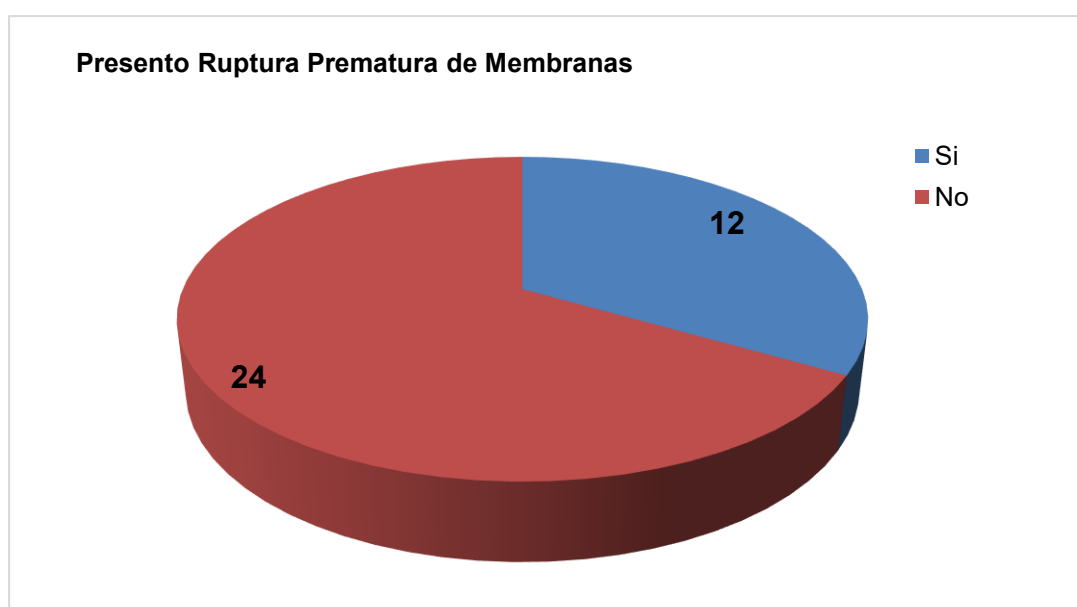


Gráfico 8. Factores Obstétricos Anteparto: Presento ruptura prematura de membranas en mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023

Análisis e Interpretación de la Tabla

Respecto a los Factores Obstétricos Anteparto, observamos que el 33% presentaron ruptura prematura de membranas y el 67 no presentaron dicha morbilidad.

Tabla 9. Factores Obstétricos Anteparto: Presento Hipertensión del Embarazo en mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023

Categoría	n=36	
	Fi	%
Presento Hipertensión del Embarazo		
Si	4	11
No	32	89
Total	36	100

Fuente: Instrumento, Ficha de Análisis

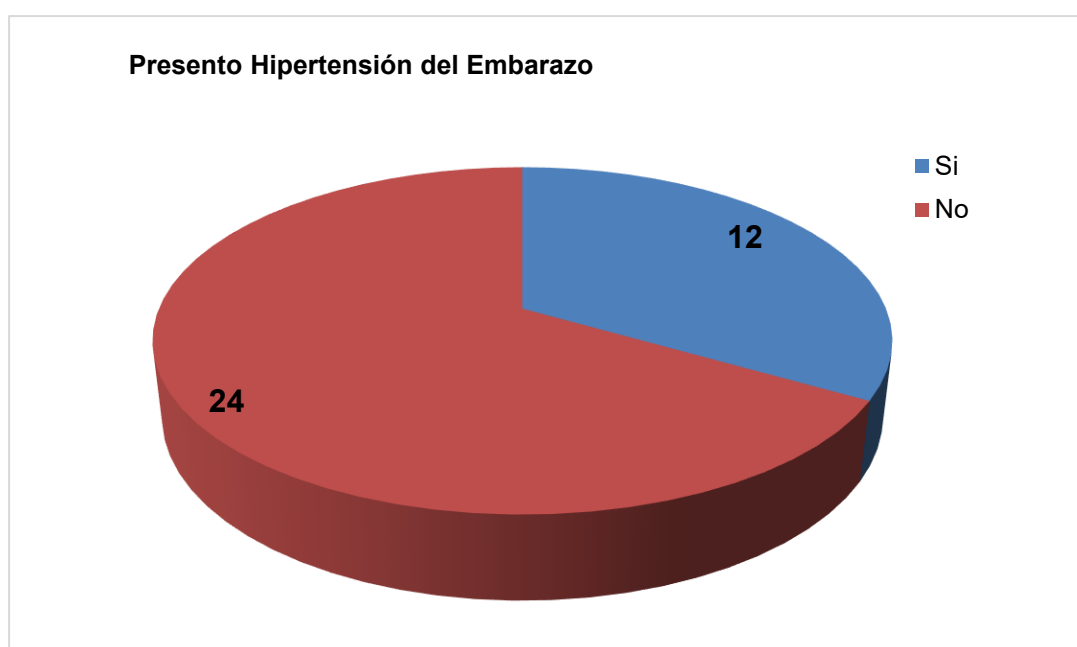


Gráfico 9. Factores Obstétricos Anteparto: Presento Hipertensión del Embarazo en mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023

Análisis e Interpretación de la Tabla

Respecto a los Factores Obstétricos Anteparto, observamos que el 11% presento Hipertensión del embarazo y el 89% no presento dicha morbilidad.

Tabla 10. Factores Obstétricos Anteparto: Antecedente de aborto, de legrado uterino y de cesárea anterior en mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023

Categoría	n=36	
	Fi	%
Antecedente de aborto		
Si	7	19
No	29	81
Antecedente de Legrado Uterino		
Si	7	19
No	29	81
Antecedente de Cesárea Anterior		
Si	1	3
No	35	97
Total	36	100

Fuente: Instrumento, Ficha de Análisis

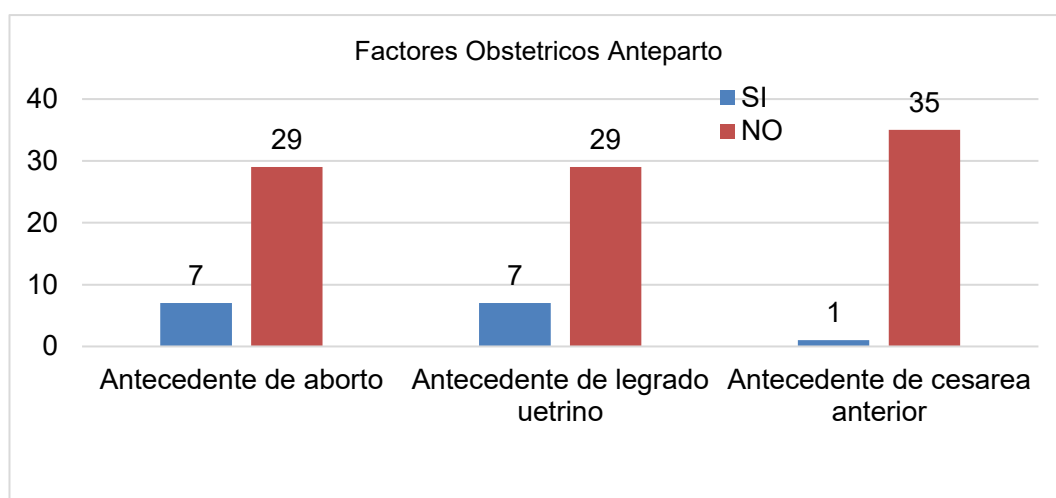


Gráfico 10. Factores Obstétricos Anteparto: Antecedente de aborto, de legrado uterino y de cesárea anterior en mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023

Análisis e Interpretación de la Tabla

Respecto a los Factores Obstétricos Anteparto, observamos que el 19% tuvo Antecedente de Aborto, el 19% tuvo antecedente de Legrado Uterino y el 3% tuvo antecedente de Cesárea anterior.

Tabla 11. Factores Obstétricos Intraparto: Duración del parto en mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023

Categoría	n=36	
	Fi	%
Duración del Parto		
Precipitado (< a 3 horas)	3	8
Normal (4 a 12 horas)	26	72
Prolongado (> a 12 horas)	7	19
Total	36	100

Fuente: Instrumento, Ficha de Análisis

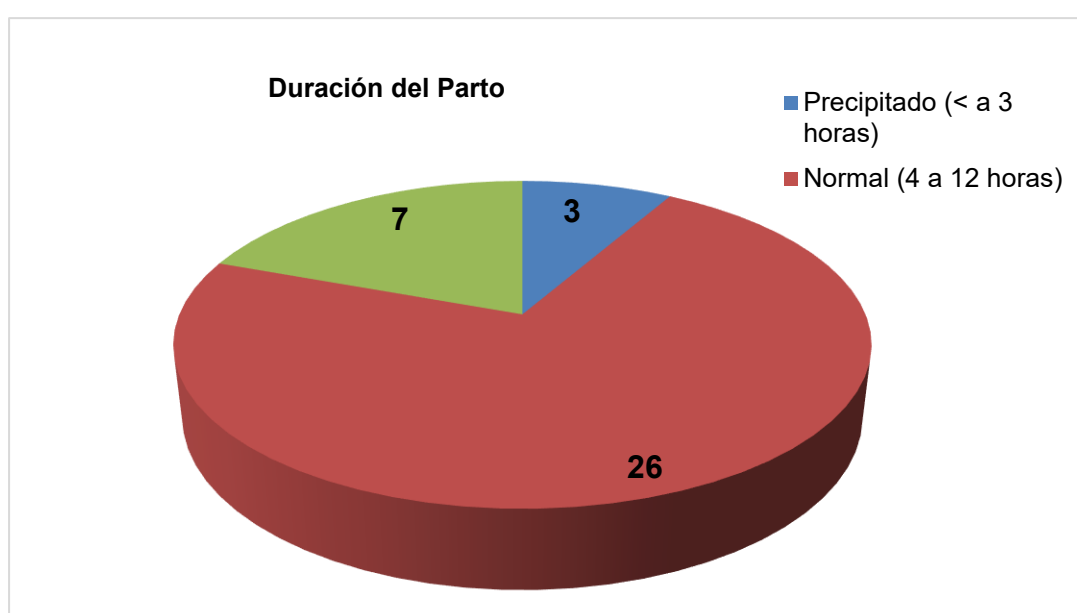


Gráfico 11. Factores Obstétricos Intraparto: Duración del parto en mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023

Análisis e Interpretación de la Tabla

Respecto a los Factores Obstétricos intraparto, observamos según la duración del parto que: el 72% tuvo una duración normal del trabajo de parto, el 19% tuvo una duración prolongada del trabajo de parto y el 8% tuvo una duración precipitada del Trabajo de Parto.

Tabla 12. Factores Obstétricos Intraparto: Modalidad de alumbramiento en mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023

Categoría	n=36	
	Fi	%
Modalidad de Alumbramiento.		
Schultze	30	83
Duncan	6	17
Total	36	100

Fuente: Instrumento, Ficha de Análisis

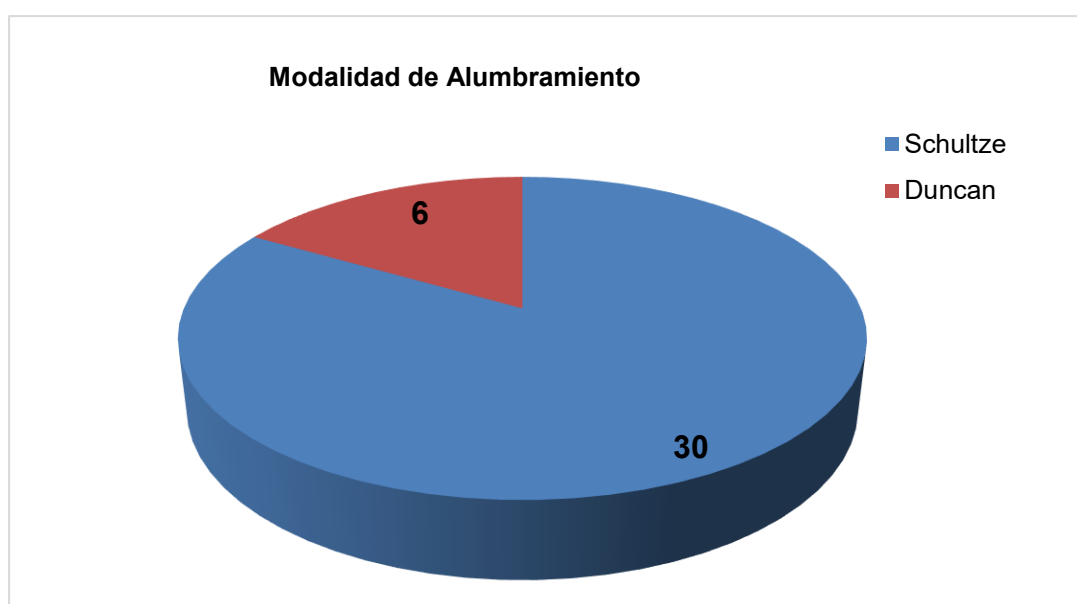


Gráfico 12. Factores Obstétricos Intraparto: Modalidad de alumbramiento en mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023

Análisis e Interpretación de la Tabla

Respecto a los Factores Obstétricos intraparto, observamos según la modalidad del alumbramiento que el 83% fue de modalidad Schultze y el 17% fue de modalidad Duncan.

Tabla 13. Factores Obstétricos Intraparto: Tiempo de alumbramiento dirigido de mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023

Categoría	n=36	
	Fi	%
Tiempo de alumbramiento dirigido.		
< a 15 minutos	25	69
15 a 30 minutos.	11	31
Total	36	100

Fuente: Instrumento, Ficha de Análisis

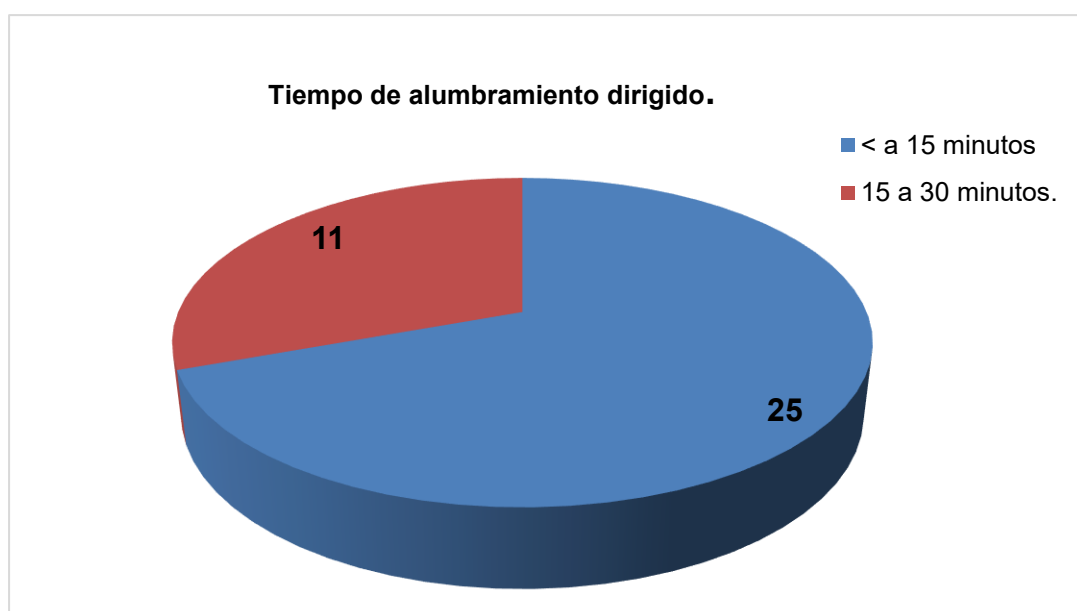


Gráfico 13. Factores Obstétricos Intraparto: Tiempo de alumbramiento dirigido de mujeres en periodo puerperal con retenimiento de residuos de placenta y/o membranas en cavidad uterina atendidas en la IPRESS La Unión de Huánuco 2023

Análisis e Interpretación de la Tabla:

Respecto a los Factores Obstétricos intraparto, observamos según el tiempo del alumbramiento dirigido que el 69% tuvo una duración menor a 15 minutos y el 31% tuvo una duración de 15 a 30 minutos.

4.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS Y PRUEBA DE HIPÓTESIS

(dependiendo de la investigación)

Tabla 14. Correlación entre Factores Obstétricos de púerperas y la retención de restos placentarios

		Presenta Retención de Restos Placentarios
Rho de Spearman	Paridad	Coeficiente de correlación
		-0.063
		Sig. (bilateral)
		0.280
		N
		296
	Edad Gestacional.	Coeficiente de correlación
		-0.008
		Sig. (bilateral)
		0.889
		N
		296
	Periodo Inter-genésico.	Coeficiente de correlación
		0.011
		Sig. (bilateral)
		0.850
		N
		296
	Presenta Ruptura Prematura de Membranas.	Coeficiente de correlación
		,199**
		Sig. (bilateral)
		0.001
		N
		296
	Presenta Hipertensión del Embarazo	Coeficiente de correlación
		0.058
		Sig. (bilateral)
		0.318
		N
		296
	Antecedente de aborto	Coeficiente de correlación
		,133*
		Sig. (bilateral)
		0.022
		N
		296
	Antecedente de Legrado Uterino.	Coeficiente de correlación
		,170**
		Sig. (bilateral)
		0.003
		N
		296
	Antecedente de Cesárea Anterior	Coeficiente de correlación
		0.020
		Sig. (bilateral)
		0.734
		N
		296
	Duración del Parto	Coeficiente de correlación
		-,144*
		Sig. (bilateral)
		0.013
		N
		296
	Modalidad de Alumbramiento.	Coeficiente de correlación
		-0.034
		Sig. (bilateral)
		0.556
		N
		296
	Tiempo de Alumbramiento	Coeficiente de correlación
		-,397**
		Sig. (bilateral)
		0.000
	Dirigido.	N
		296

Análisis e Interpretación de la Tabla

Según el nivel de significancia es menor que 0.05, esto indica que existe asociación entre las variables de Tiempo de alumbramiento, Duración del Parto, Antecedente de legrado uterino, Antecedente de aborto, presencia de rompimiento de membranas antes del parto y el retenimiento de residuos de placenta y membranas en la cavidad uterina; por lo cual se rechaza la Hipótesis nula.

CAPÍTULO V

DISCUSION DE RESULTADOS

5.1. CONTRASTACIÓN DE LOS RESULTADOS

El alumbramiento incompleto, es la patología obstétrica relacionada con la Hemorragia Post parto inmediata la que condiciona indicadores negativos (Morbimortalidad materna) durante el periodo del puerperio inmediato, debiendo tomar en cuenta las estrategias de prevención ante la posible aparición de dicha patología durante el periodo mencionado.

Conocer los factores de peligro relacionado con el proceso de dicha patología; resulta necesario para estar alertas a evitar cuadros de Shock hipovolémico por el sangrado vaginal profuso después del parto por alumbramiento incompleto; peor aún, siendo el establecimiento de salud donde se realiza el presente estudio, uno con categoría I-4 con alta demanda de atención y referencial para otros establecimientos de salud de las provincias alto andinas de la región de Huánuco.

De Los factores obstétricos investigados, el tiempo del alumbramiento está relacionado inversamente con la patología del alumbramiento incompleto, lo que coincide con el estudio de Villazana K. donde concluyo que alumbramiento <15 minutos es uno de los factores relevantes de las púérperas con alumbramiento incompleto en el Centro de Salud de Chilca 2019.

Por otro lado, el factor de peligro relacionado al alumbramiento incompleto fue la duración del trabajo de parto, lo que coincide con Villazana K. donde concluye que dentro de las características obstétricas maternas más predominantes para el desarrollo del alumbramiento incompleto estuvo la duración normal del trabajo de parto; así como, Barzola N. et al. Donde concluyeron que las características que presentaron las púérperas con alumbramiento incompleto estuvieron las multíparas con trabajo de parto menos de 12 horas.

Además, dentro de los resultados obtenidos encontramos al precedente de historia personal del curetaje uterino como característica de riesgo para el alumbramiento incompleto, lo que coincide con Rojas C, et al. Cuyas conclusiones determinan que se hay asociación significativa entre el retenimiento de residuos de placenta y membranas en la cavidad uterina y los factores obstétricos en gestantes atendidas; pero discrepa de los resultados de Perales L. quien es su estudio concluye como único factor para la retención de parto placentarios al parto pretermino.

Por otro lado, en el presente estudio, el precedente de la historia personal de aborto se relaciona con el alumbramiento incompleto, lo que coincide con los resultados obtenidos por Villazana K y Barzola N. et al. Donde consideran al antecedente de aborto como característica predominante para el alumbramiento incompleto.

Además, en el presente estudio se evidencia a la presencia del rompimiento de membranas antes del parto como factor de peligro asociado a retención de restos placentarios, resultados que coincide con los obtenidos por Avlas A. et al en Huánuco

CONCLUSIONES

Al finalizar el presente estudio concluimos:

La frecuencia del alumbramiento incompleto en la IPRESS La Unión fue del 12 % de las púerperas atendidas.

Los datos poblacionales predominantes fueron: Edad joven (50%); grado de instrucción, secundaria completa (61%), Estado civil conviviente (28%)

Los factores obstétricos anteparto con mayor porcentaje fueron: Multiparidad (83%); edad gestacional a término (94%), Periodo intergenésico normal (64%), presento Ruptura Prematura de Membranas (33%), presento Hipertensión en el Embarazo (11%), tuvo Antecedente de aborto (19%), presento Antecedente de Legrado uterino (19%), presento Antecedente de Cesárea Anterior (3%).

Los factores obstétricos intraparto predominantes fueron: Duración normal del trabajo de parto (72%); Modalidad de alumbramiento tipo Schultz (83%), tiempo del manejo activo del alumbramiento de menos de 15 minutos (69%).

Se determinó que el Tiempo de alumbramiento, la Duración del Parto, el Antecedente de legrado uterino, el Antecedente de aborto y la presencia del rompimiento de membranas antes del parto son factores asociados significativamente con el alumbramiento incompleto en la IPRESS La Unión de Huánuco durante el año 2023.

RECOMENDACIONES

Considerar los factores de riesgo del Tiempo de alumbramiento, la Duración del Parto, el precedente de Historia personal de curetaje uterino, el precedente de Historia personal de aborto y la presencia de ruptura prematura de membranas asociadas a alumbramiento incompleto para evitar las complicaciones condicionadas por dicha Patología.

Considerar la Predictibilidad de los factores de riesgo a fin de prevenir las complicaciones por retención de restos placentarios; por lo cual deben ser registrados durante la elaboración de historias clínicas pre natal.

Identificar a la paciente con el precedente de Historia personal de curetaje uterino, el precedente de Historia personal de aborto para un monitoreo riguroso del proceso del parto.

Condicionar la sensibilización de la gestante sobre la importancia de la atención prenatal y el registro veraz y oportuno de los datos en la historia clínica.

Continuar con los estudios de investigación referido a la temática que se ha abordado; con la finalidad de evitar posibles complicaciones que ponen, en riesgo la vida y la salud de la Madre gestante, parturienta o puérpera.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. [Internet]: Recomendación actualizada de la OMS sobre el ácido tranexámico para el tratamiento de la hemorragia posparto; 2017 octubre; [citado 2023 Oct 10]. Disponible en: <https://www.mcsprogram.org/wp-content/uploads/2018/03/WHO-TXABriefer-A4-SP.pdf>.
2. Organización Mundial de la Salud. [Internet]: Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto; 2014; [citado 2023 Oct 10]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141472/9789243548500_spa.pdf;jsessionid=D376314018F2512B7F15592A4DA40546?sequence=1.
3. Rivera S, Chacon C. y Gonzales A. Hemorragia posparto primaria: diagnóstico y manejo oportuno. Revista Médica Sinergia [Internet]. 2020; [Citado 2023 Oct 10]; 5(6):1-14. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/512/860>
4. Fuchthner C, Ortiz E, Escobar M. y Diaz H. Hemorragia Post parto - Donde estamos y hacia dónde vamos? [Internet]. Federación Latinoamericana de Asociaciones de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG); 2018 [citado 2023 Oct 10]. 130 p. Disponible en: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/hemorragiapostparto-donde-estamos-y-hacia-donde-vamos/>
5. Asturizaga P. y Toledo L. Hemorragia Obstétrica. Revista Médica La Paz, [Internet]. 2014 Dic [citado 2023 Oct 11]; 20(2):57-68. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v20n2/v20n2_a09.pdf.
6. García S, Álvarez E, Rubio P. y Borrajo E. Hemorragia posparto secundaria o tardía, Revista de Ginecología y Obstetricia de México [Internet]. 2017 Abr [citado 2023 Oct 11]; 85(4):254-266. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v85n4/0300-9041-gom-85-04-00007.pdf>.

7. Calle A, Barrera M. y Guerrero A. Diagnóstico y manejo de la Hemorragia Posparto. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2008 [citado 2023 Oct 11]; 54(4):233-243. Disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/1147>
8. Ministerio de Salud. MINSA. Dirección de Epidemiología, Lima – Perú; 2017.
9. Galvez M. Factores gineco obstétricos asociados a la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital de Pampas – Tayacaja, 2016. Tesis para optar el título de especialista. [Internet]. Universidad Nacional de Huancavelica 2019 [citada 2023 Oct 11]. 80 p. Disponible en: <https://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/2376/TESIS-SEGES-OBSTETRICIA-2019-GALVEZ%20ROJAS%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
10. Alegria E. Factores de riesgo materno-fetales que se presentan en hemorragia posparto temprana [Internet]. 2023 [citado 2023 Oct 14]; 7(1):165-173. Disponible en: <https://revistacunori.com/index.php/cunori/article/view/216/258>
11. Del Pezo M. y Garcia Cindy. Factores de riesgo anteparto e intraparto que influyen en las hemorragias postparto en primigestas y multigestas. Trabajo de investigación presentado como requisito para optar por el título de obstetra. [Internet]. Universidad de Guayaquil, Guayaquil-Ecuador 2022 [citada 2023 octubre 18]. 79 p. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/67212/1/CD-960-DEL%20PEZO%20RODR%c3%8dGUEZ%20MARJORIE%20LILIANA%3b%20GARC%c3%8dA%20CHAGUAY%20CINDY%20MELISSA..pdf>
12. Situación de la Mortalidad Materna 2022 y 2023 [Internet]. Ministerio de Salud 2023 [acceso 10 ago 2023]. [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2023-05-18/cdc-mortalidad-materna-2022-2023.pdf>
13. Molina L. Factores de riesgo en la hemorragia post parto. Hospital Vladimir Ilich Lenin. 2019-2020. Tesis para optar el título especialista de

primer grado en ginecología y obstetricia. [Internet]. Guatemala: Universidad Medica de Holguin, 2021 [Citado 2023 Oct 13]. 69 p. Disponible en: <https://tesis.hlg.sld.cu/index.php?P=DownloadFile&Id=1802#:~:text=Los%20factores%20de%20riesgo%3A%20uso,%2C7%25%20la%20diabetes%20getsacional.>

14. Garcia C. y Rojas N. Factores asociados a hemorragia postparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2021. Tesis para optar el título profesional de obstetra [Internet]. Huánuco: Universidad Nacional Hermilio Valdizán 2023 [citada 2023 Oct 13]. 106 p. Disponible en: <https://repositorio.unheval.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13080/8409/TF000463G23.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. Sánchez A. Factores asociados a la hemorragia postparto en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2020. Trabajo académico para optar el título de especialista en Riesgo Obstétrico [Internet]. Lima: Universidad Norbert Wiener 2022 [citada 2023 Oct 13]. 60 p. Disponible en: http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/2189/TESIS-OBT2018_CRISP%c3%8dN%20BENITO.pdf?sequence=1&isAllowed=y
16. Blas L. y Hernández K. “Factores de riesgo para la retención de restos placentarios, Hospital Víctor Ramos Guardia - 2019. Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Obstetricia. [Internet]. Huaraz: Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo 2022 [citada 2023 Oct 13]. 81 p. Disponible en: https://repositorio.unasam.edu.pe/bitstream/handle/UNASAM/5322/T033_72144318_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
17. Perales L. En su estudio “Factores asociados a la retención de restos placentarios en puérperas de la micro red de salud Puerto Ocopa, Satipo 2019. Tesis para optar el título de especialista en: emergencias y alto riesgo obstétrico. [Internet]. Huancavelica: Universidad Nacional de

Huancavelica 2021 [citada 2023 Oct 13]. 69 p. Disponible en: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/4db791f8-2184-4ccc-8108-48c3bbaad805/content>

18. Rojas C. y De la Cruz M. Relación entre alumbramiento incompleto y factores obstétricos en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2019. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia. [Internet]. Chíncha, Ica: Universidad Autónoma de Ica 2021 [citada 2023 Oct 14]. 68 p. Disponible en: <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/autonomadeica/1029/1/ROJAS%20HUAMAN-DE%20LA%20CRUZ%20MAGALDI.pdf>
19. Villazana K. Características de puérperas con retención de restos placentarios atendidas en el Centro de Salud de Chilca 2019. Tesis para optar el título profesional de Obstetra. [Internet]. Huancayo: Universidad Peruana del Centro 2022 [citada 2023 Oct 14]. 65 p. Disponible en: <https://repositorio.upecen.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14127/314/TE SIS%20-%20Villazana%20Alvarez%20Karina.pdf?sequence=6>
20. Puente N. Factores de riesgo que influyen en la hemorragia posparto inmediato en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr Julio César de Marini, Chanchamayo - Junín 2019. Trabajo académico para optar el título de especialista en emergencias obstétricas [Internet]. Cerro de Pasco: Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión 2022 [citada 2023 Nov 15]. 28 p. Disponible en: http://repositorio.undac.edu.pe/bitstream/undac/3011/1/T026_21135145_SE.pdf
21. Schwarcz, R, Fescina, R, Duverges, C. Obstetricia, 6º edición. Buenos Aires. El ateneo; 2009.
22. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, et al. Williams Obstetricia. 25º Edición. México, McGRAW-HILL INTERAMERICANA; 2019.
23. Manual Breve para la Práctica clínica en Emergencia Obstétrica [Internet]. Ministerio de Salud República Argentina; 2015 [citado 2023 Oct 14]. 40 p.

Disponible en: <http://www.fasgo.org.ar/index.php/obstetricia/665-manual-breve-para-la-practica-clinica-en-la-emergencia-obstetrica>

24. Carbajal J, Ralph C. Manual de Obstetricia y Ginecología 8° edición [Internet]. Ministerio de Salud República Argentina; Pontificia Universidad Católica de Chile 2017 [citado 2023 Oct 14]. 624 p. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/04/Manual-Obstetricia-Ginecologia-2017.pdf>
25. Solari A, Solari C, Wash A, Guerrero M, Enríquez O. Hemorragia del postparto. principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2014 [citado 2023 Oct 14]; 25(6):993-1003. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revistamedica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864014706492>
26. Tena G. Ginecología y Obstetricia. México, Alfíl; 2013.
27. Aylas A. y Maylle T. Factores de riesgo de retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Centro de Salud Perú – Corea. Amarilis. Huánuco, agosto a diciembre 2019. Tesis para optar el título de: Obstetra. [Internet]. Universidad Nacional de Hermilio Valdizan 2021 [citada 2023 Oct 13]. 100 p. Disponible en: <https://repositorio.unheval.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13080/6776/TF000401A94.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
28. Sorjano G. y Venturo K. Antecedentes personales y hemorragia posparto en gestantes del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín 2021. Tesis para optar el título de especialista en emergencias y alto riesgo obstétrico [Internet]. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica 2022 [citada 2023 Nov 15]. 64 p. Disponible en: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/135a87b3-1fec-4c33-8847-ae64fe155e8d/content>
29. Nieto M. y Rojas R. Factores de riesgo obstétrico y causas de hemorragia post parto en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari. Huánuco-Amarilis, Febrero-Diciembre, 2019. Tesis para

optar el título de Obstetra. [Internet]. Huánuco: Universidad Nacional Hermilio Valdizán 2020 [citada 2023 Oct 14]. 102 p. Disponible en: <https://repositorio.unheval.edu.pe/handle/20.500.13080/6120>

30. Barzola N. y Pozo A. Características clínicas y obstétricas de puérperas con retención de restos placentarios atendidas en el Centro de Salud La Unión Huánuco 2021. Tesis para optar el título de especialista en: emergencias y alto riesgo obstétrico. [Internet]. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica 2022 [citada 2023 Oct 14]. 67 p. Disponible en: <https://repositorio.unh.edu.pe/handle/unh/5356>

COMO CITAR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Lucas C. Factores obstétricos asociados a retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Centro de Salud la Unión de Huánuco, 2023 [Internet] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2024 [Consultado]. Disponible en: <http://...>

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

FACTORES OBSTETRICOS ASOCIADOS A RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD LA UNION DE HUANUCO, 2023.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLE	DISEÑO METODOLOGICO
¿ Cuáles son los Factores Obstétricos asociados a la retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Centro de Salud La Unión 2023?	Objetivo General: Determinar los Factores de Riesgo Obstétricos asociados a la retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Centro de Salud La Unión 2023.	HI1: Existe una asociación significativa entre los factores obstétricos y la retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Centro de Salud la Unión de Huánuco, 2023.	VARIABLE DEPENDIENTE: Retención de restos placentarios	ENFOQUE DE INVESTIGACION De Enfoque Cuantitativo, por el uso de análisis estadísticos para establecer la conexión entre lo que se sabe y lo que se puede aprender mediante la investigación.
	Objetivo Específico: • Identificar los casos de retención de restos placentarios en puérperas cuyos partos fueron atendidas en el Centro de Salud La Unión 2023. • Describir los factores obstétricos asociados a la retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Centro de Salud La Unión 2023.	H01: No existe una asociación significativa entre los factores obstétricos y retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Centro de Salud la Unión de Huánuco, 2023.	VARIABLE INDEPENDIENTE: Factores obstétricos	NIVEL DE INVESTIGACION El nivel es relacional; ya que se desea conocer las condiciones que incrementan la probabilidad de enfermar, se trata de los factores asociados para la retención de restos placentarios. DISEÑO DE INVESTIGACION Tiene un diseño observacional retrospectivo, transversal, ya que se indagará los factores obstétricos que manifiestan la retención de restos placentarios. Es observacional porque no hubo manipulación de la variable; retrospectivo debido a que se recolecta información de hechos pasados (historia clínica) y transversal porque el estudio se lleva a cabo en un solo periodo de tiempo.

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Número de Ficha:

La presente ficha servirá para obtener datos que se aplicaran en la presente investigación, cuyo objetivo es: Determinar los factores obstétricos en puérperas con retención de restos placentarios atendidas en el Centro de Salud La Unión durante el año 2023.

Instrucciones: Registre los datos solicitados tras la revisión de historias clínicas y marque con un aspa (X) donde corresponda.

Fecha de llenado: .../.../..... Numero de HCL:

Edad: Años. **Estado Civil:** Soltero (), Casada (), Conviviente (), Divorciada ().

Grado de Instrucción: Ninguno (), Primaria: Comp () Incomp (), Secundaria: Comp () Incomp (), Superior: Comp () Incomp ()

I. FACTORES OBSTÉTRICOS:

ANTEPARTO:

a) Paridad.

1. Primípara (1 parto) ()
2. Multípara (2 a 4 partos) ()
3. Gran multípara (> o igual a 5 partos) ()

b) Edad Gestacional.

1. Pretermino (< 37 semanas) ()
2. A termino (37 a 41 semanas) ()
3. Post termino (> o = a 42 semanas) ()

c) Periodo Intergenésico.

1. No tiene
2. Corto (< a 24 meses) ()
3. Normal (24 a 48 meses) ()
4. Largo (> a 48 meses) ()

d) Ruptura Prematura de Membranas.

1. Si ()
2. No ()

e) Enfermedad Hipertensiva del Embarazo

1. Si ()
2. No ()

f) Antecedentes de Aborto.

1. Si ()

2. No ()

g) Antecedentes de Legrado Uterino.

1. Si ()
2. No ()

h) Antecedente de Cesárea Anterior.

1. Si ()
2. No ()

INTRAPARTO:

i) Duración del Parto.

1. Precipitado (< a 3 horas) ()
2. Normal (4 a 12 horas) ()
3. Prolongado (> a 12 horas) ()

j) Modalidad de Alumbramiento.

1. Schultze ()
2. Duncan ()

k) Tiempo de Alumbramiento Dirigido.

1. < a 15 minutos ()
2. 15 a 30 minutos ()