



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA**

TESIS

**“RELACIÓN ENTRE ALUMBRAMIENTO INCOMPLETO Y
FACTORES OBSTÉTRICOS EN GESTANTES ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, 2019”**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Salud Pública, Salud Ambiental y Satisfacción con los Servicios de Salud.

Presentado por:

**Rojas Huaman Carmen Vanessa
De la Cruz Magaldi Mili Guadalupe**

Tesis desarrollada para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

Docente asesor:

Mg. Juan Carlos Ruiz Ocampo

Chincha, Ica, 2021

NOMBRE DE LA TESIS

“Relación entre alumbramiento incompleto y factores obstétricos en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2019.”

DEDICATORIA

Dedico mi investigación a mis padres por ser el motivo de cada paso que doy, a mis amigos por el apoyo incondicional que me brindan siempre.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco

al Hospital Santa María del Socorro, por facilitarnos a la información y a mi asesora por su apoyo incondicional, por sus enseñanzas que nos han ayudado a llegar a esta etapa de nuestras vidas tan importantes.

RESUMEN

La investigación tiene como objetivo determinar la relación entre el alumbramiento incompleto y factores obstétricos en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2019, su metodología fue de tipo básica, su Nivel es descriptivo y su diseño no experimental, cuya muestra fue de 51 puérperas que presentaron alumbramiento incompleto, en sus resultados se encontró que el 60.8% presento retención por membranas y el 39.2% por retención de placenta, de las cuales los factores de riesgo fueron: el 76.5% multíparas de 2-5 partos, el 51% antecedentes de legrado y el 41.2% antecedente de cesárea, concluyendo que si existe asociación significativa entre alumbramiento incompleto y factores obstétricos en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2019.

Palabras claves: Alumbramiento incompleto, factores de riesgo, gestante.

ABSTRACT

The research aims to determine the relationship between incomplete delivery and obstetric factors in pregnant women treated at the Hospital Santa María del Socorro 2019, its methodology was basic, its level is descriptive and its design is non-experimental, whose sample was 51 puerperal women who presented incomplete delivery, in their results it was found that 60.8% presented retention by membranes and 39.2% by retention of the placenta, of which the risk factors were: 76.5% multiparous of 2-5 deliveries, 51% antecedents curettage and 41.2% a history of cesarean section curettage, concluding that there is a significant association between incomplete delivery and obstetric factors in pregnant women treated at Hospital Santa Maria del Socorro 2019.

Keywords: Incomplete delivery, risk factors, pregnant woman.

INDICE

NOMBRE DE LA TESIS	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT	vi
INDICE	vii
I. INTRODUCCION	12
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
2.1. Descripción del problema.....	14
2.2. Pregunta de investigación general	15
2.3. Preguntas de investigación específicas.....	16
2.4. Objetivo general y específicos:.....	16
2.4.1. Objetivo General.....	16
2.4.2. Objetivos específicos:.....	16
2.5. Justificación e importancia	17
2.6. Alcances y limitaciones	18
III. MARCO TEORICO	19
3.1. Antecedentes	19
3.2. Bases teóricas	21
3.2.1. Definición de parto y sus periodos:	21
3.2.2. Periodos del trabajo de parto:.....	22
3.2.3. Tercer Periodo del Trabajo de Parto	25
3.2.4. MODALIDADES DE DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO:.....	26
3.2.5. SIGNOS DE DESPRENDIMIENTO:	27

3.2.6.	FUNCIONES DE LA PLACENTA NORMAL	30
3.2.7.	CIRCULACIÓN PLACENTARIA	31
3.2.8.	ALUMBRAMIENTO PATOLÓGICO:	33
3.2.9.	INCIDENCIA:.....	34
3.2.10.	ETIOLOGIA:.....	34
3.3.	Identificación de variables	36
IV.	Metodología	38
4.1.	Tipo y Nivel de investigación.....	38
4.2.	Diseño de la investigación.....	38
4.3.	Hipótesis general y específicos	39
4.4.	Población - muestra	40
Población:	40
4.5.	Técnicas e instrumentos de recolección de información	41
4.5.1.	Técnicas de recolección de información	41
4.5.2.	Instrumentos de recolección de información.....	41
4.6.	Recolección de datos	41
4.7.	Técnicas de análisis e interpretación de datos	41
V.	RESULTADOS.....	42
5.1.	Presentación de resultados.....	42
5.2.	Interpretación de resultados.....	43
VI.	RESULTADOS.....	50
6.1.	Análisis de los resultados.....	50
6.2.	Comparación de resultados con antecedentes.....	50
	CONCLUSIONES	52
	RECOMENDACIONES.....	53
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54
	ANEXOS	59

ANEXO 1 Matriz de consistencia.....	59
ANEXO 2 Matriz de Operacionalizacion de variables	60
ANEXO 3 Ficha de recolección de datos.....	61
ANEXO 4 Informe de validación del instrumento de investigación.....	62
ANEXO 5: Confiabilidad	66

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Relación de paridad y alumbramiento incompleto	43
Tabla 2 Relación de antecedente de legrado y alumbramiento incompleto	44
Tabla 3 Relación de antecedente de cesárea y alumbramiento incompleto	45

INDICE DE FIGURAS

Ilustración 1 Relación de paridad y alumbramiento incompleto.....	43
Ilustración 2 Relación de antecedente de legrado y alumbramiento incompleto	44
Ilustración 3 Relación de antecedente de cesárea y alumbramiento incompleto	45

I. INTRODUCCION

Cuando nos referimos al Alumbramiento de una mujer nos referimos a la expulsión total de la placenta y de sus anexos después del nacimiento completo del producto de la concepción.

Existe un promedio de duración en el tercer estado de la etapa del parto, que podría llegar de los 5 a 15 min., sin embargo el tiempo de alumbramiento, donde no hay una hemorragia activa, se encuentran poco claros. El tiempo oscila de media a una hora luego de haberse dado el alumbramiento del bebe. Esta fase del parto ocurre, la mayor parte de las veces, con normalidad. No obstante, es un momento donde las complicaciones pueden aparecer de forma brusca y severa. La más común es la hemorragia puerperal (HPP), que como hemos dicho, es la mayor causa de muerte materna global asociada al parto.¹

Es así que el presente plan de investigación, se estructura considerando el esquema propuesto por la Dirección de Investigación y Producción Intelectual de la Universidad Autónoma de Ica, el cual consta de los siguientes capítulos:

En el capítulo I, apartado en el cual se resumen el tema central de la investigación, el objetivo del estudio y los capítulos que se abordaran en el presente trabajo de investigación.

En el capítulo II, se aborda la descripción de la realidad problemática, la formulación del problema general y los problemas específicos, la justificación del estudio, así como los objetivos generales y específicos propuestos para el estudio.

En el capítulo III, tenemos los antecedentes de investigación, correspondientes a los niveles internacional, nacional, regional y/o local, así como las bases teóricas y el marco conceptual de la investigación.

En el capítulo IV, la cual comprende la descripción metodológica del estudio: enfoque, tipo, nivel y diseño de investigación elegido para el estudio, así mismo, las hipótesis, variable de estudio, la matriz de Operacionalización de las variables, la descripción de la población, muestra y muestreo de estudio, las técnicas e instrumentos a emplearse para el recojo de la información y las técnicas de análisis e interpretación de los datos.

En el capítulo V, se plantea el cronograma de actividades a seguir para el desarrollo y culminación de la investigación.

En el capítulo VI, se detalla el presupuesto de la investigación, detallando los recursos y materiales a disponer para el desarrollo del estudio.

En el capítulo VII, se enlistas las fuentes de información empleadas en la investigación, en el apartado de “Referencias bibliográficas”, el cual se elaborará empleando las normas Vancouver

La Autora.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. Descripción del problema

Dentro de los casos donde hay evidencias de hemorragia en el momento del post parto, resulta ser la mayor causa de muertes de madres gestantes, un 56%, los casos de retención placentaria, son un 41%. Este caso puede darse a causa de que no existen las contracciones uterinas necesarias, acompañadas de ciertos trastornos en la parte de la dinámica, dificultades en la adhesión de placenta y un desorden en la anatomía del utero.¹

Según la Organización Mundial de la Salud estima aproximadamente 500.000 muertes maternas anuales, 50% debidas a hemorragias postparto y deja complicaciones secundarias en más de 20 millones de mujeres anualmente. La hemorragia postparto es, por consiguiente, una de las causas más comunes de mortalidad materna en el mundo. El 99% de ellas se presenta en países en vías de desarrollo.²

La hemorragia postparto es una de las complicaciones más temidas que pueden surgir en el puerperio, la gran mayoría de ellas se debe a la atonía uterina en primer lugar seguido de la retención placentaria en un 48% de los casos.²

La retención placentaria resulta ser un problema que se da dentro del período de alumbramiento que se presentan en casi el 0.5% a 3% de mujeres embarazadas. Además de representar una de las principales causas de mortalidad de madres gestantes, a causa de que se produce una hemorragia en el período del post parto y sepsis puerperal. Luego de la atonía uterina, estos casos de retención placentaria resulta ser el segundo en la indicación principal de transfusión de sangre después de la etapa del parto.²

Tenemos 2 tipos de alumbramiento: el normal, es cuando se produce un desprendimiento por retracción, además de que las contracciones uterinas son dadas de manera natural o espontánea (se ejerce un efecto de gravedad). El otro tipo es el dirigido, donde la retracción y las contracciones son forzadas de manera forzada, a través de algunos medicamentos uterotónicos que son administrados a la madre luego del parto.³

En nuestro país, a través del Ministerio de Salud, se conoce que la mortalidad materna pasó en 20 años, de 769 defunciones en el año 1997 a 325 en el 2016, estos datos son una representación que ha demostrado una disminución de alrededor del 42%; por su parte la razón de muerte materna entre los años 1990-1996, fue de 265 muertes maternas x 100,00 nacidos vivos, por su parte en 2015, se produjeron 68 x 100,000 nacidos vivos, significando un descenso considerable de alrededor de 75%, estas muertes han sido producidas durante la etapa del embarazo, parto y puerperio, sin embargo la principal causa fue durante el periodo de alumbramiento, debido a diversas causas dentro la atonía uterina, seguido de la retención de la placenta y sus anexos, entre otras.⁴

Por el impacto que tiene la retención de restos placentarios en la hemorragia uterina posparto y por consiguiente peligro para la puérpera es que se desarrolla esta investigación a fin de determinar la presencia de esta patología en el Hospital Santa María del Socorro.

2.2. Pregunta de investigación general

¿Cuál es la relación entre el alumbramiento incompleto y factores obstétricos en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2019?

2.3. Preguntas de investigación específicas

- ¿Cuál es la relación entre la multiparidad y alumbramiento incompleto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2019?
- ¿Cuál es la relación entre antecedente de legrado uterino y alumbramiento incompleto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2019?
- ¿Cuál es relación entre antecedente de cesárea y alumbramiento incompleto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2019?

2.4. Objetivo general y específicos:

2.4.1. Objetivo General

Determinar la relación entre el alumbramiento incompleto y factores obstétricos en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2019.

2.4.2. Objetivos específicos:

1. Determinar la relación entre la multiparidad y alumbramiento incompleto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2019.
2. Establecer la relación entre antecedente de legrado uterino y alumbramiento incompleto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2019.
3. Determinar la relación entre antecedente de cesárea y alumbramiento incompleto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2019.

2.5. Justificación e importancia

La importancia de realizar esta investigación radica que durante las primeras dos horas la madre está expuesta a un mayor riesgo de hemorragias posparto causadas por múltiples etiologías en donde la más común es la atonía uterina, retención placentaria y desgarros vinculados con la alta tasa de mortalidad materna en nuestro país.

La retención de restos placentarios podría darse a causa de que no se produzca las contracciones uterinas de manera adecuada, donde se sufre de algunos trastornos en la dinámica, anomalías en la placenta y las encarcelaciones placentarias.²

La alta tasa de mortalidad materna en nuestro país está relacionada con las complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación. Las principales complicaciones causantes del 56% de las muertes maternas son las hemorragias posparto ahí radica la importancia del presente estudio.²

El presente trabajo nos va a permitir identificar los factores asociados al alumbramiento incompleto, a fin de que los profesionales puedan tomar medidas necesarias para la prevención, diagnóstico precoz e intervención temprana de dicha complicación mencionada anteriormente, además contribuye a lograr un mejor control durante las primeras 24 horas que son de suma importancia para disminuir el número de madres fallecidas por complicaciones durante el puerperio inmediato.

Importancia

La importancia de la presente investigación surge dentro del marco de la problemática que genera, las complicaciones durante el puerperio, como es la hemorragia posparto por retención

placentaria, la misma que puede provocar secuelas a corto y largo plazo tanto a la madre como para el recién nacido, incluyendo factores importantes como lo son el económico y el emocional para la familia de las personas involucradas y la sociedad en si, además crea grandes demandas sobre el sistema de salud.

Es sumamente importante que el personal sanitario que atiende la urgencia obstétrica esté capacitado para prevenir, hacer un diagnóstico precoz y llevar a cabo un rápido manejo de la hemorragia puerperal por un alumbramiento incompleto.

2.6. Alcances y limitaciones

La investigación abarca únicamente a las gestantes con el diagnóstico de retención de restos placentarios

Limitaciones:

Las posibles dificultades que puedan afectar la marcha de este proyecto pueden ser con respecto a las fechas programadas para la aplicación de los instrumentos, ya que algunas gestantes no suelen cumplir con sus controles en las fechas señaladas por el profesional de salud.

III. MARCO TEORICO

3.1. Antecedentes

Internacionales

Espinoza, A. (2015)⁵ *“Oxitocina intramuscular o misoprostol sublingual en el alumbramiento dirigido. Maracaibo”*. Las pacientes tratadas con oxitocina intramuscular tuvieron un tiempo menor en el alumbramiento que las pacientes tratadas con misoprostol sublingual ($66,4 \pm 15,98$ segundos para el grupo A comparado con $96,8 \pm 41,11$ segundos para el grupo B, $p < 0,05$). La pérdida hemática fue menor en las pacientes del grupo A (Hemoglobina preparto $10,97 \pm 1,14$ gramos, hemoglobina postparto $10,42 \pm 1,13$ gramos para el grupo A comparado con hemoglobina preparto $11,21 \pm 1,40$ gramos, hemoglobina postparto $10,35 \pm 1,32$ gramos para el grupo B). Se presentaron menos complicaciones en las pacientes del grupo A (Hipotonía n%, 2(6.6%) para el grupo A e Hipotonía n%, 3 (10%) y retención placentaria 1 (3,3%) para el Grupo B). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con relación a complicaciones ($p = ns$).

Nacionales

Zavaleta S. (2018)⁶ *“Multiparidad como factor de riesgo asociado a retención placentaria en gestantes del Hospital Belén de Trujillo. 2018.”* Objetivo: Determinar si la multiparidad podría ser un factor de riesgo que esté relacionado con la retención de placenta en madres gestantes del Hospital Belén de Trujillo. Material y Métodos: este estudio fue de tipo analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. Se consideró como muestra a 136 gestantes que fueron atendidas en este hospital; para lo cual se agrupó de dos maneras, la primera en base a aquellas gestantes que habían presentado retención placentaria y aquellas que no habían presentado este problema; se calculó el odds

ratio y la prueba chi cuadrado. Resultados: no se pudo determinar diferencias notables relacionadas con la edad de la madre, edad gestacional y procedencia de las gestantes con retención placentaria o sin ella.

Conclusiones: La multiparidad es factor de riesgo asociado a retención placentaria en gestantes del Hospital Belén de Trujillo.

Negreiros R (2016)⁷ “Multiparidad, antecedentes de legrado uterino, parto prolongado y cesárea previa como factores de riesgo asociados a retención placentaria en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco – La Libertad 2015 al 2016”, cuyo objetivo determinar si la multiparidad, antecedentes de legrado uterino, parto prolongado y cesárea previa son factores de riesgo asociados a retención placentaria, la investigación su diseño estuvo basado en casos y controles, encontrándose en sus resultados que las gestantes con multiparidad y que tuvieron retención placentaria fueron un 75% y un 68% no presentaron. Del mismo modo, aquellas que tuvieron un legrado uterino solo un 25% tuvieron retención uterina y el 68% no presentaron este problema.

Conclusión: SE determino que la multiparidad y el parto prolongado representan un factor de riesgo que está relacionada con la retención placentaria (OR=1.444 - OR=1.80) respectivamente.

Ramírez B. (2016)⁸ “Factores asociados a la retención de restos placentarios en parturientas del Hospital regional de Ayacucho, año 2016”, cuyo objetivo fue determinar cuáles son los factores que están relacionados con la retención de restos placentarios, este estudio de investigación tuvo como metodología el tipo descriptiva, donde se determinó que, de 17,053 madres en trabajo de parto, 1,328 tuvieron retención de restos placentarios, ósea un 7,8% de la cantidad de gestantes en estudio. Se determinó que los factores más comunes fueron la edad de la gestante y el número de gestaciones de la madre, parto pre término, número de abortos y el alumbramiento espontáneo.

Cuestas H. (2015)⁹ “Cesárea previa, legrado uterino y paridad como factores relacionados a la retención de restos placentarios en el puerperio inmediato, en el servicio gineco-obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano. 2015”. Cuyo objetivo es determinar si la cesárea previa, legrado uterino y la paridad son factores de riesgo relacionados a la retención de restos placentarios. Fue un estudio retrospectivo de casos y controles, que involucró 294 historias clínicas de puérperas del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizan.

Resultados: De 1498 de pacientes puérperas, 147 presentaron retención placentaria siendo un 9,81 % del total. Los factores de riesgo fueron: paridad de más de 2 gestaciones (OR 1 ,96; [CI] 95% 1.20-3,21; $p < 0,005$), la edad gestacional, mayor a las 37 semanas (OR 3,00; [CI] 95% de 1,74 a 5,17; p de 0,00), y el grado de instrucción (p de 0,000) conclusiones: los factores de riesgo para la retención placentaria fueron la edad gestacional, la procedencia del parto y el grado de instrucción.

Locales

no se encontraron estudios relacionados al tema

3.2. Bases teóricas

3.2.1. Definición de parto y sus periodos:

El parto es un proceso fisiológico donde solo se debería intervenir en caso de que se produzca alguna anormalidad, para ser corregidos por una persona capacitada para la atención oportuna, brindando la confianza necesaria, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, dignidad y la confianza brindadas por las gestantes.¹⁰

Entendiendo por parto un proceso fisiológico y dinámico que tiene como fin la expulsión de un feto vivo o muerto, con 22 o más semanas y sus anexos. En un trabajo de parto las contracciones uterinas son intermitentes, la duración y la

intensidad se incrementan a medida que avanza progresivamente dilatando el cuello. La característica principal de la actividad uterina en el parto es el triple gradiente descendente; factor indispensable para que el parto progrese adecuadamente.¹¹

3.2.2. Periodos del trabajo de parto:

➤ Periodo de dilatación:

Es el primer periodo y corresponde al momento en el que se dan los cambios cervicales, inicia con las contracciones uterinas efectivas y termina cuando la paciente se encuentra con una dilatación de 10cm. Este periodo se divide en 2 fases:

- Fase Latente: esta se da por iniciada cuando la gestante presenta contracciones de manera regular hasta el momento en que la dilatación se encuentra en 4 cm. El tiempo promedio que dura esta fase puede variar, aunque en muchos de los casos van desde las 6 horas, en madres primerizas, y en caso de las multigestas hasta 4 horas como promedio. Si en caso este tiempo se encuentra entre las 14 y 20 horas, se le llama fase latente prolongada.¹²
- Fase activa: esta fase presenta luego de la fase latente, y se da cuando la contracción uterina es mayor a los 4cm hasta el momento del alumbramiento cuando se ha alcanzado una dilatación de 10cm. Así mismo, tenemos dos fases dentro de la fase activa, la fase de aceleración (3 - 8cm) y una fase de desaceleración (8 - 10cm). Este proceso podría durar aproximadamente 5 horas en gestantes primerizas. El ritmo de dilatación debe darse en 1.2 cm/h en gestantes primerizas y de 1.5 cm/h en multíparas.¹³

➤ **Periodo expulsivo:**

Este periodo iniciara en el momento en que se cumpla la dilatación completa y se da por terminada justo después del nacimiento del bebe. Este proceso dura cerca de 50 minutos en madres primerizas y solo 20 minutos en las multíparas. En esta fase, el descenso es más rápido, característico porque la madre siente mucho deseo de pujar, es en este momento en que se debe indicar a la madre que debe pujar con la zona baja del abdomen justo cuando se presenta la contracción, y cuando ya se vaya la contracción debe descansar para que no se canse rápido. Este proceso hará que la cabecita del bebe corone y es momento indicado para que entre a la sala de expulsión.¹³

En esta sala de expulsión será necesario realizará la limpieza en la zona vulvar, perineal y la cara interna de los muslos de la madre. El profesional encargado deberá realizará la limpieza adecuada de manos, para colocarse guantes, bata y además de colocarle a la gestante los campos esterilizados. Uno de los campos ira por debajo de la zona de la cadera, el otro en las partes anteriores de la pierna, y por último en la zona abdominal de la madre. Los materiales necesarios para el procedimiento, indicados por el medico son: lidocaína, jeringa, tijeras metzenbaum, sutura para episiorrafia, gasas estériles, porta agujas, pinzas de disección, pinzas Rochester para pinzar el cordón, pinzas Forester. La obstetra encargada deberá evaluar si será necesario realizará una episiotomía. Se debe recordar que cada caso es distinto, por tanto, no debe ser sistemático. Solo se realiza si es que se visualiza de 3 a 4cm de la cabecita del feto y en el momento de la contracción, se colocara lidocaína, para realizar el procedimiento.¹⁴

En este periodo se identifican 3 fases:

a) Nacimiento de la cabeza: se debe considerar ciertas maniobras que son necesarias para la protección de la madre y su bebé. Siendo la maniobra más esencial la de Ritgen modificada. Esta maniobra consiste en coger una gasa con la mano, para luego ejercer una presión anterógrada en la zona del mentón del feto en la parte del perineo, y con la otra mano de controlar la velocidad del nacimiento de la cabeza al colocarla en el occipucio.¹⁵

b) Nacimiento de los hombros: este proceso se puede representar de forma espontánea o en otros casos será necesario que el profesional a cargo apoye el proceso. Se coge con las dos manos la cabeza, se realiza una rotación externa, y luego se dará una tracción descendente en el hombro anterior para que salga, y después una tracción ascendente para que salga el hombro posterior.

c) Nacimiento del cuerpo y piernas: en la mayoría de casos es espontáneo, y si no ocurriese deberá realizarse una tracción para ayudar con la expulsión del producto. El bebé se entrega al pediatra o se coloca en el abdomen materno dependiendo del algoritmo del recién nacido que utilizemos.¹⁵

➤ **Periodo de alumbramiento:**

El tercer periodo o alumbramiento se inicia partir de la expulsión del producto hasta que se expulse la placenta. Es el conjunto de fenómenos del período del parto que tienen por objeto desprender, hacer descender y expulsar tanto la placenta como las membranas ovulares es importante tomar en cuenta el monitoreo del tono uterino, así como el sangrado. En este periodo es de suma importancia que la obstetra participe de manera activa, ya

que esto disminuirá algún riesgo de una posible hemorragia, minimiza la posibilidad de administrar oxitócicos y corta el tiempo que dura este periodo.¹⁶

3.2.3. Tercer Periodo del Trabajo de Parto

I. Alumbramiento

Es la tercera etapa del parto, que inicia desde el nacimiento y culmina en la expulsión de la placenta. La hemorragia posparto (HPP) es una de las principales causas de mortalidad materna en el mundo. La duración es prolongada si dura más de media hora produciéndose posteriormente al nacimiento del producto.¹⁷

a. Alumbramiento Espontaneo

El alumbramiento espontáneo consiste en una conducta expectante en la que hay que mantener la calma, y solo esperar el momento indicado e incitar a la gestante a que puje junto con las contracciones y si es necesario apoyarla para que tome una posición vertical (5,6). Sin embargo, el alumbramiento dirigido incluye la administración de uterotónicos antes de un minuto desde el nacimiento del recién nacido, tracción controlada del cordón umbilical y masaje uterino tras la expulsión de la placenta.¹⁷

b. Alumbramiento Dirigido

La conducta activa puede incluir las siguientes acciones: administración de uterotónicos, aplicar tracción controlada del cordón umbilical, y realizar masajes uterinos luego de ser expulsada la placenta, según la ICM y la FIGO son 4: administración de fármacos uterotónicos, realizara las palpaciones en la zona del abdomen para determinar si no existe otro bebe, después colocar 10 unidades de oxitocina intramuscular (I.M) controlará el tiempo para notar si se

presenta algún efecto pasados los 2-3 minutos luego de la inyección. (Elboume DR, Prendiville WJ 2006). En caso no se cuente con la oxitocina se podría aplicar otros uterotónicos, como la ergometrina 0,2 mg IM, sintometrina (1 ampolla) I.M o misoprostol 400-600 pg oral.¹⁸

La administración de misoprostol solo será necesaria siempre y cuando no se encuentre la oxitocina en inyectable. Los fármacos uterotónicos necesitan de un almacenamiento adecuado. La Oxitocina: 15-30°C. mediante refrigeración o mantenerse en una temperatura de 30° C solo por 3 meses, así no será necesaria la congelación. La Ergometrina: 2-8°C. con el cuidado de que cuente con luz solar y evitar llegar al congelamiento. El Misoprostol: solo necesita la temperatura ambiente y un recipiente herméticamente cerrado. Tracción controlada del cordón umbilical; coger el cordón umbilical con una pinza, en la zona cercana al perineo y cogerlo en una mano. La otra mano se tendrá que colocar en el pubis de la mujer y buscar la estabilización del útero realizando una presión. Mantener una tensión leve en el cordón umbilical y controlar a que se presente una contracción uterina fuerte (2-3 minutos). En ese momento se deberá animar a la parturienta a pujar con cuidado, jalar hacia abajo el cordón umbilical y ayudar con la expulsión de la placenta. En caso que la placenta no sea expulsada en los 30-40 segundos no se deberá seguir con la tracción. Se esperará a la siguiente contracción para ayudar con la expulsión de la placenta, si esta desciende deberá ser evacuada; luego practicar el masaje en la zona del útero para lograr su contraccion.¹⁸

3.2.4. MODALIDADES DE DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO:

a. Modalidad de SCHULTZE

En esta modalidad la placenta inicia con su desprendimiento en el área central de su implantación, disecando hacia la periferia. El coágulo es centroploacentario, y su acumulación se produce en la zona de implantación expulsándola como un “paraguas abierto”, donde se muestra la cara fetal y sin mostrar algún sangrado hacia el exterior, ya que esta se queda contenida dentro de la misma. En un 80% de casos, la placenta se coloca en la parte del fondo del útero, luego de la placenta viene una sangre oscura con coágulos.¹⁹

b. Modalidad de Duncan

El desprendimiento comienza en el borde de la placenta para luego disecarse en forma centrípeta. El 20 % de los casos la placenta inserta en la porción lateral del cuerpo uterino. El desprendimiento comienza en el borde inferior y la pérdida de sangre desde el inicio se torna rojo, pero sin coágulos, la placenta es expulsada por la cara materna.¹⁹

3.2.5. SIGNOS DE DESPRENDIMIENTO:

1. Signo de Schröder (sube el fondo uterino). Luego de la expulsión del feto, la zona posterior del útero se coloca más o menos a la altura del ombligo; en el desprendimiento el fondo sube unos centímetros, colocándose hacia la derecha. Con la extracción de la placenta el útero se contrae y se sitúa bajo el ombligo (“globo de seguridad”).
2. Signo de Ahlfeld expulsado el feto, a ras de la vulva se coge con una pinza de Kocher, el cordón umbilical; al bajar la placenta, se visualiza más el cordón y la pinza defiende. Podemos decir que la placenta ha desprendido si observamos que la distancia entre la vulva y la pinza es de 10cm a más.²⁰
3. Signo de Kustner: este signo se lleva a cabo cuando al momento de ejercer una presión manual sobre el útero, en el

sentido de elevarlo en la cavidad se observa que el comportamiento del cordón que no seguirá solidariamente el movimiento del fondo uterino.

4. Signos de Strassmann (la presión sobre el fondo uterino se transmite al cordón si es que la placenta se mantiene fija) y Strassmann invertido (cuando la tracción del cordón es transmitida al fondo uterino, en caso no hay desprendimiento).²⁰

PLACENTA:

Desde el momento en que se posiciona el blastocisto inicia la placentación. A este proceso se le llama embrioblasto. La cual se rodea de sincitiotrofoblasto, la cual es rodeada de citotrofoblasto que se introducen en el estroma uterino donde se rodea a las arterias espirales y modulares las señales endocrinológicas que causan el flujo sanguíneo al sitio de implantación. La erosión de las arterias espirales por el citotrofoblasto se le llamara invasión endovascular.

Cuando las lagunas confluyen y dando lugar a la formación de la red lagunar, en el día 12 de implantación.²¹

En el día 13, se presentan algunas extensiones que toman la forma de lengua a partir del citotrofoblasto que se extienden hacia el sincitiotrofoblasto, éstas son vellosidades coriónicas primarias. las vellosidades secundarias dan lugar a la vasculogénesis, dándose en el día 21 de implantación.²¹

El saco coriónico se rodea por una concha citotrofoblástica de forma muy sistemática. Las vellosidades tallo o de anclaje se anclan al tejido materno a través de la concha. Las vellosidades en rama nacen de las vellosidades tallo.

Con el paso de desarrollo las vellosidades secundarias y terciarias se van diferenciando. Las vellosidades terminales son las que atraviesan a la placenta, llenándose de sangre

materna en la zona intervellosa. se incrementa la superficie de la placenta donde se producirá el intercambio de los nutrientes.²¹

CARACTERISTICAS MORFOLOGICAS DE LA PLACENTA:

Forma -----discoidea.

Diámetro -----15 a 25 cm.

Espesor -----3cm.

Peso ----- 500 a 600g.

La placenta es un órgano feto-materno está compuesta por una cara materna y otra fetal. Siendo la cara materna la que llamaremos la placa basal, que están rodeadas de endometrio materno o endometrio. Los cotiledones o lóbulos placentarios, se reconocen por la presencia de surcos o tabiques deciduales. En una placenta completa se podrá visualizar de 15 a 20 cotiledones. La cara fetal, se rodea por una membrana coriónica, que toma el nombre de membrana amniónica, encontramos cerca de 40 vellosidades primarias y de 4 a 8 vellosidades secundarias.²¹

Luego del alumbramiento se deberá realizar una inspección de la placenta determinando sus características:

Por su cara fetal:

- Parte superficial lisa
- Presencia de un brillo, acusa de que está rodeada de una membrana amniótica
- Inserción central o pericéntrica del cordón umbilical
- Vasos coriales que nacen de los vasos del cordón

Por su cara materno

- Presencia de una superficie rugosa (por las vellosidades coriales)
- Presencia de rasgos de sangre.²²

3.2.6. FUNCIONES DE LA PLACENTA NORMAL

El tejido fetal se mantiene en contacto con la sangre de la madre y la membrana ya que posee tres capas muy delgadas (sincitiotrofoblasto, conjuntivo y endotelio vascular fetal). La membrana placentaria se hace más delgada conforme avanza el periodo de gestación. Estas capas se ven más constituidas en el cuarto mes.²³

Función de intercambio. Se encarga del intercambio fisiológico de la madre con el feto, predominando el intercambio gaseoso la principal función de la placenta, también realizan la absorción de nutrientes y excreción de desecho procedentes del feto. Los componentes del intercambio son llevados mediante la difusión simple (O₂ y CO₂), difusión facilitada y transporte activo bastante selectivo.²³

Función endocrina. La comunicación entre madre y feto se da a través de sustancias son llevadas mediante las vías sanguíneas. Estas hormonas tienen un papel bastante esencial, que causan un efecto en la madre y el feto. Las podemos clasificar en dos tipos: peptídicas y esteroidales.²³

Función inmune. el embrión resulta ser un injerto para la madre (Alloinjerto tolerado), la cual tiene muchas proteínas para el sistema inmune de la madre, que son sintetizados a través de los genes procedentes del padre, también se una producción dada en la placenta de factores inmunosupresores e inmunomoduladores en estadios tempranos (trofoblasto).²³

3.2.7. CIRCULACIÓN PLACENTARIA

Tenemos dos tipos; la circulación fetal y la materna, las que están interrelacionadas, pero sin mezclarse una con la otra. La circulación placentaria fetal se encuentran los vasos umbilicales procedentes del feto y llegan a la placenta, las cuales se subdividen para dar lugar a los vasos coriónicos, luego estos penetran las vellosidades en tallo para llegar a las vellosidades coriónicas. La sangre que se encuentra con poco oxígeno y nutrientes, pero con muchos productos de desecho procedentes del feto atraviesa la placenta mediante las arterias umbilicales, luego la sangre oxigenada y rica en nutrientes llega al feto mediante la vena umbilical.²⁴

La circulación placentaria materna contiene cerca de 80 a 100 arterias endometriales espirales, se encuentran en la placa basal, las cuales son alimentadas por las arterias útero placentario materno. La sangre materna se impulsa a través de la presión sanguínea materna. La presión de perfusión de las arterias espirales es superior a la presión de las lacunas, la cual lleva la sangre al espacio intervelloso, bañando dichas vellosidades en rama con sangre materna.²⁴

Con la maduración de la placenta la membrana placentaria se vuelve más delgada, causando la pérdida de la capa de citotrofoblasto, de sincitiotrofoblasto y endotelio capilar fetal, dando lugar a la membrana placentaria vasculosincitial. Conforme se va adelgazando la membrana placentaria el intercambio de nutrientes y de gases resulta ser más fácil, brindando las necesidades primordiales para el crecimiento del feto.

La placenta se desarrolla conforme va avanzando la edad gestacional, al inicio con un incremento de masa y, luego en el área de la superficie de intercambio.²⁵

En los inicios del desarrollo del feto, la principal característica en el crecimiento es el genoma fetal, aunque conforme va avanzando su crecimiento se le atribuye ello a la gestación, el aspecto ambiental, la nutrición y las hormonas resultan ser las más esenciales.

Muchos de los nutrientes que son transferidos de la madre a su bebe, se da mediante una capa celular, que se le llamara sincitiotrofoblasto. Los nutrientes llegan al feto a través de la sangre materna, ya que ellas están conectando con las microvellosidades, cara apical, del sincitiotrofoblasto. Los nutrientes atraviesan la membrana basolateral, que es adyacente al endotelio del capilar fetal.²⁵

El tamaño placentario, la morfología y la abundancia de transportadores son los factores que tienen gran influencia en la transferencia de nutrientes hacia la placenta.

El tamaño placentario es de mucha importancia en la transferencia de nutrientes, sufre variaciones en la zona de la superficie para el transporte y al momento de multiplicarse como peso placentario se relaciona con el peso corporal del neonato, aumenta con el paso del desarrollo de la gestación.²⁵

Estas variaciones se relacionan entre si y llevan estas alteraciones a la superficie, el área, la vascularización, el tamaño de la barrera y la composición celular, todo aquello tiene efectos en las características del transporte hacia la la placenta.²⁶

En muchas especies, el intercambio de nutrientes aumenta de 5 a 15 veces desde la mitad hasta la finalización de la gestación.

Haciendo uso de las mutaciones se han podido identificar n cantidad de genes que controlan el desarrollo placentario.

Estos genes «sellados» (imprinted) que son llamados los Igf2, tienen un papel en el crecimiento placentario y fetal. La parte evolutiva del imprinting es el conflicto entre los genomas materno y paterno por brindar los recursos al embrión que se encuentra en desarrollo.²⁶

3.2.8. ALUMBRAMIENTO PATOLÓGICO:

El alumbramiento patológico es el trastorno producido en el momento de la expulsión de la placenta y de sus anexos, dando lugar a los distocias y accidentes que podrían poner en riesgo la integridad vital de la madre, causan situaciones de emergencia que necesitarían de los conocimientos necesarios para solucionar estas alteraciones y dar un tratamiento adecuado. Dentro de estos riesgos tenemos la retención de la placenta y membranas ovulares, las hemorragias del alumbramiento y la inversión aguda del útero.²⁶

RETENCION DE PLACENTA:

Casi siempre no es la placenta completa que se queda retenida sino más bien uno que otros cotiledones, que se quedan en la cavidad uterina. Mucho de estos casos son causados por algún tipo de maniobra en el momento del alumbramiento, como tirones desde el cordón umbilical.²⁷ aunque también resultan por los alumbramientos manuales incompletos y la presencia de cotiledones aberrantes (placenta succenturiada) impidiendo que el útero se contraiga eficazmente, así puede retenerse la totalidad de las membranas o parte de ellas, uno o varios cotiledones y pueden ser por diversas causas^{27.28}, entre ellas:

□ Condiciones patológicas en la placenta, como la presencia de cotiledones aberrantes, placentas marginales, la friabilidad de las membranas, grado de adherencia acentuada, la implantación de la placenta en el segmento inferior.

□ Anormalidades en la tercera etapa del parto, dominando en primer término la realización de maniobras intempestivas como el tironamiento del cordón, alumbramiento manual en forma incompleta, etc. Puede no haber ningún sangrado aun en caso de retención de fragmentos placentarios.^{29,30} Su evolución clínica puede manejar muchas situaciones: son expulsados espontáneamente, causando en muchos casos hemorragia que podría tornarse de riesgo, en la etapa del puerperio, causando infecciones ascendentes y si se agrupan forman pólipos. Donde el tratamiento tendría que ser la extracción del cotiledón retenido por legrado instrumental.³¹

3.2.9. INCIDENCIA:

La hemorragia post parto es la causa más recurrente en las muertes maternas (56%), siendo la retención placentaria (41%) la que más casos tiene³².

3.2.10. ETIOLOGIA:

La retención placentaria podría darse a causa de: no se presenten las contracciones uterinas de manera normal, y que ayudan al desprendimiento de la placenta.

Presencia de ciertas alteraciones uterinas (miomas, malformaciones).

Placenta situada en un lugar poco usual (cuerno uterino)

La retención placentaria es más recurrente en partos prematuros.³³

PATOGENIA:

La retención placentaria se determina luego de los 30 min. Que ya ha salido el feto, no se observa el desprendimiento de la placenta completa en su expulsión.³⁴

TIPOS DE RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS

a) Retención de cotiledones

Un fragmento retenido que queda lo más habitual es que se expulsan en forma espontánea en los días siguientes del puerperio con los loquios, esta expulsión puede ser completa o parcial, la reducción en dimensión del útero durante una involución causa separación del fragmento retenido, los sinusoides subyacentes y las venas se abren y continúa un sangrado intrauterino que puede aparecer, ayudan más a la expulsión del fragmento retenido, con frecuencia originan hemorragias y a veces muy graves posteriormente durante el puerperio.³⁵

b) Retención de membranas ovulares Es la retención total o parcial de las membranas, tanto en la extensión como en el espesor (amnios o corion separadamente). La retención de membranas ovulares es frecuente aún en partos espontáneos.³⁶

MARCO CONCEPTUAL

- **Hemorragia postparto.** La hemorragia postparto se ha definido como la pérdida de 500 ml o más de sangre después que se completa el tercer periodo del trabajo de parto.
- **Retención de placenta** a causa de los alumbramientos manuales que se ha dado de forma incompleta, donde existe cotiledones aberrantes (placenta succenturiada) o adherencias anormales de la placenta causando que el útero se reprima, ocasionando que las membranas no se expulsan, uno o varios cotiledones, aunque otras podrían también ser las causas.

➤ **Alumbramiento Espontaneo**

El alumbramiento espontáneo consiste en una conducta expectante en la que hay que solo esperar cuando aparezcan las señales donde se separa de la placenta, animar a la madre a que apoye pujando junto con las contracciones y si fuese necesario apoyarla para que el feto logre una a posición vertical

➤ **Alumbramiento dirigido:** Farmacológico consiste en administrar un agente útero tónico al salir el hombro anterior fetal, tiene lugar en un tiempo máximo de 15 20 minutos.

➤ **Parto.** proceso biológico, donde no se tiene de manera asertiva cuando se producirá, aunque los días anteriores se presenta la fase prodrómica del parto.

➤ **Atonía uterina** se refiere a la pérdida del tono de la musculatura del útero que conlleva a la ausencia de contracción del mismo y un consecuente retraso en su involución tras el parto

➤ **Hipotonía uterina.** Se trata de un cuadro en que el útero, después de expulsado la placenta, no se retrae ni contrae, alterándose así la hemostasia.

➤ **Alumbramiento incompleto.** La retención de la placenta puede darse por adherencia, de forma total o parcial, y en caso en el parcial la retención será de cotiledones y por retención de membranas.

➤ **Edad Gestacional.** Es el tiempo que ha transcurrido entre el día 1 de la última menstruación, donde posiblemente se ha dado la concepción.

➤ **Traumas:** Hacen referencia a desgarros del canal genital, rotura uterina o inversión uterina

3.3. Identificación de variables

Variable Dependiente:

Alumbramiento incompleto

Variable Independiente

Factores obstétricos

IV. Metodología

La presente investigación se enmarca en el enfoque cuantitativo, posee 3 características relevantes: la medición numérica, encargada de medir las hipótesis ya planteadas y basándose en la estadística tanto descriptiva como inferencial, con la finalidad de establecer comportamientos y poner a pruebas teorías.

4.1. Tipo y Nivel de investigación

Tipo de investigación: Según su finalidad es básica, que de acuerdo con Landeau este tipo puede ser pura o básica, su fin es la generación de conocimientos nuevos sin que estos sean inmediatos, ósea sin la necesidad de preocuparse de tener una aplicación práctica. Está orientada a conocer y busca aportar a la resolución de problemas grandes y con una validez general.

Nivel: Según su nivel de investigación, corresponde al nivel descriptivo cual “Busca especificar propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o Población”.

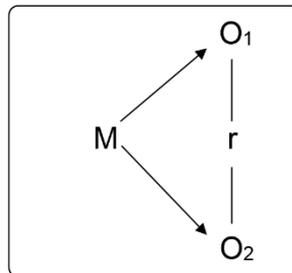
4.2. Diseño de la investigación

Para el presente trabajo de investigación se utilizó el diseño no experimental, esta definición corresponde a que no se manipula la variable con la que se trabaja, solo se recoge los datos de manera descriptiva.

“En este diseño de investigaciones no manipula deliberadamente las variables que busca interpretar, sino que se contenta con observar los fenómenos de su interés en su ambiente natural, para luego describirlos y analizarlos sin necesidad de emularlos en un entorno controlado”

Sobre el nivel de trabajo de investigación, este tendrá un nivel descriptivo- correlacional, este se caracteriza únicamente por recoger la información del problema o fenómeno de manera descriptiva sin alterar la variable.

La fórmula del diseño de investigación elegido es el siguiente:



Denotación:

- M = Muestra de Investigación
- O1 = Variable: alumbramiento incompleto
- O2 = Variable: Factores obstétricos
- r = Relación entre variables

4.3. Hipótesis general y específicos

Hipótesis General

Existe relación significativa entre alumbramiento incompleto y factores obstétricos gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2019.

Hipótesis específicas

- Existe relación entre la multiparidad y alumbramiento incompleto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2019.

- Existe relación entre antecedente de legrado uterino y alumbramiento incompleto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2019.
- Existe relación entre antecedente de cesárea y alumbramiento incompleto

4.4. Población - muestra

Población:

La población estará conformada por 51 casos de alumbramiento incompleto ocurridos en el Hospital Santa María de Socorro 2019.

Muestra

La muestra será el total de la población por conveniencia 51 casos de alumbramiento incompleto, por ser conveniente.

CRITERIO DE INCLUSIÓN

- Partos con alumbramiento incompleto.
- Gestantes a término
- Historias clínicas con datos completos.

CRITERIO DE EXCLUSIÓN

- Partos con alumbramiento completo.
- Gestación < de 37 semanas
- Historias clínicas con datos incompletos

4.5. Técnicas e instrumentos de recolección de información

4.5.1. Técnicas de recolección de información

La técnica fue documental pues se revisó los registros clínicos donde se consignaron los datos que exige la investigación.

4.5.2. Instrumentos de recolección de información

Se elaboró una ficha de recolección de datos para el registro de la información necesaria para el desarrollo de la presente investigación, la cual será presentada al juicio de tres expertos.

4.6. Recolección de datos

Se pidió la autorización al director puesto del Hospital Santa María del Socorro, para que nos puedan brindar las facilidades correspondientes y el acceso a las entrevistas a las usuarias que nos permitieron realizar la recolección de datos para la investigación.

De estas se pudo obtener la información correspondiente y veraz.

Previo a eso la encuesta fue sometida a juicio de expertos, en el que fue evaluada por 3 expertos en el tema y que tengan grado académico de magister o especialidad relacionada a la carrera, en el que se obtuvo un alfa de Crombach mayor de 7 para que el instrumento sea aceptado y pueda ser aplicado, anexo (5)

4.7. Técnicas de análisis e interpretación de datos

Para procesar los datos obtenidos se utilizó el programa Excel 2016 para realizar las estadísticas descriptivas, también el programa estadístico SPS versión 23. Además, para medir la relación su empleo el chi cuadrado.

V. RESULTADOS

5.1. Presentación de resultados

Una vez aplicado los instrumentos de recolección de la información, se procedió a realizar el vaciado de información correspondiente para el análisis de los mismos, por cuanto la información que arrojará será la indique las conclusiones a las cuales llega la investigación, por cuanto mostrará los resultados según las hipótesis planteadas en la investigación dando respuesta a lo solicitado.

Técnicas estadísticas empleadas

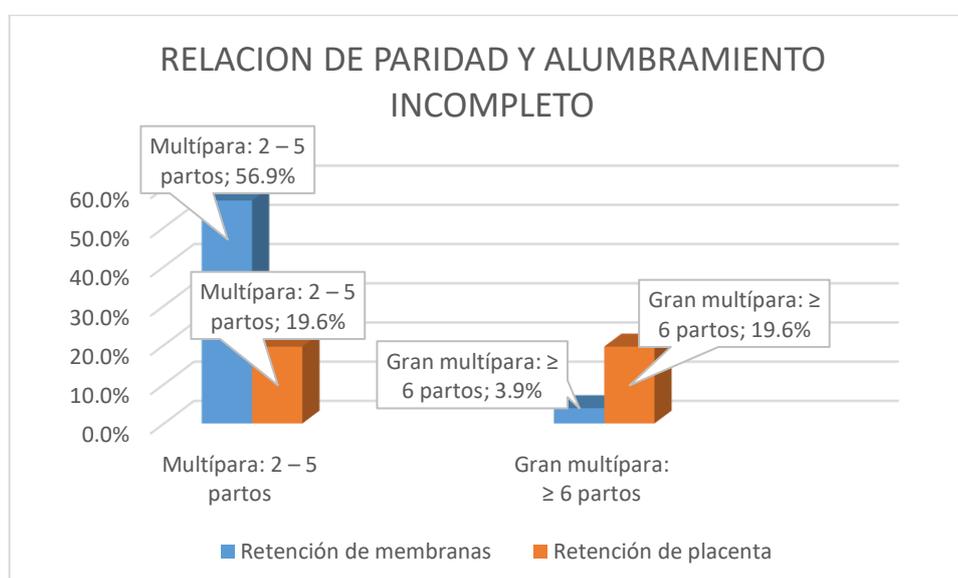
- Tablas de distribución de frecuencias: Se utilizó estas herramientas para caracterizar la conformación de la muestra de estudio.
- Correlación de Chi cuadrado: Se utilizó para evaluar correlación entre variables numéricas discretas sin distribución normal en el análisis inferencial.

5.2. Interpretación de resultados

Tabla 1 Relación de paridad y alumbramiento incompleto

PARIDAD		ALUMBRAMIENTO INCOMPLETO		
		Retención de membranas	Retención de placenta	Total
Múltipara: 2 – 5 partos	Recuento	29	10	39
	% del total	56.9%	19.6%	76.5%
Gran múltipara: ≥ 6 partos	Recuento	2	10	12
	% del total	3.9%	19.6%	23.5%
TOTAL	Recuento	31	20	51
	% del total	60.8%	39.2%	100.0%

Ilustración 1 Relación de paridad y alumbramiento incompleto



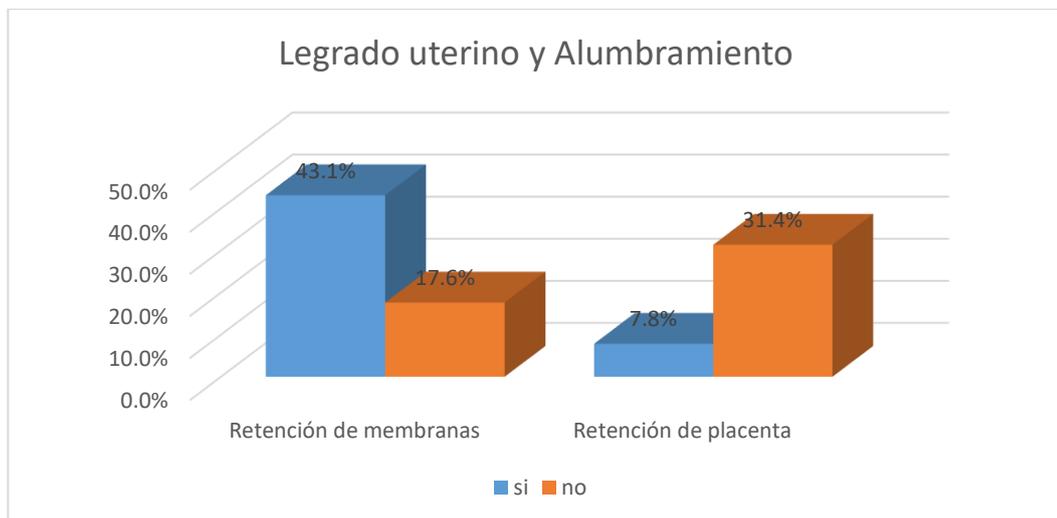
INTERPRETACION

En la tabla se observa que del total de puerperas el 76.5%, son multiparas de las cuales el 56.9% presentaron retencion de membranas y el 19.6% de placenta, por otro lado las puerperas que son gran multiparas con un porcentaje de 23.5%, el 3.9% presento retencion de membranas y el 19.6% retencion de placenta.

Tabla 2 Relación de antecedente de legrado y alumbramiento incompleto

		ALUMBRAMIENTO		Total	
			Retención de membranas	Retención de placenta	
ANTECEDENTES LEGRADO	SI	Recuento	22	4	26
		% del total	43,1%	7,8%	50,9%
	NO	Recuento	9	16	25
		% del total	17,7%	31,4%	49,1%
Total		Recuento	31	20	51
		% del total	60,8%	39,2%	100,0%

Ilustración 2 Relación de antecedente de legrado y alumbramiento incompleto



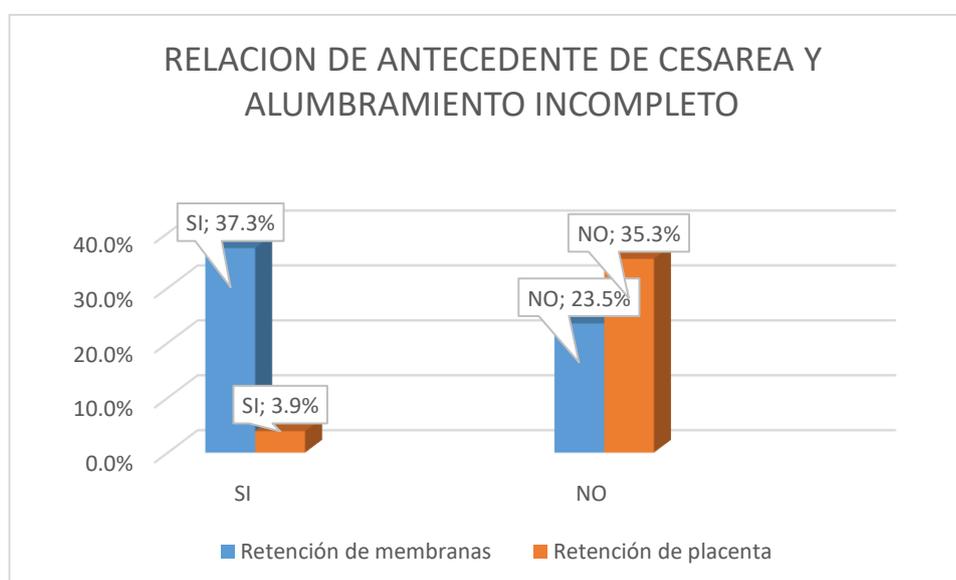
INTERPRETACION

En la tabla se observa que del total de puerperas el 50.9%, que tuvieron antecedentes de legrado uterino, de las cuales el 43.1% presentaron retención de membranas y el 7.8% retención de placenta, por otro lado las puerperas que no tienen antecedentes de legrado uterino con un porcentaje de 49.1%, el 31.4% presentó retención de placenta y el 17.7% retención de membranas.

Tabla 3 Relación de antecedente de cesárea y alumbramiento incompleto

ANTECEDENTE DE CESAREA		ALUMBRAMIENTO INCOMPLETO		
		Retención de membranas	Retención de placenta	Total
SI	Recuento	19	2	21
	% del total	37.3%	3.9%	41.2%
NO	Recuento	12	18	30
	% del total	23.5%	35.3%	58.8%
TOTAL	Recuento	31	20	51
	% del total	60.8%	39.2%	100.0%

Ilustración 3 Relación de antecedente de cesárea y alumbramiento incompleto



INTERPRETACION

En la tabla se observa que del total de puerperas el 58.8%, que no tuvieron antecedentes de cesarea, de las cuales el 35.3% presentaron retencion de placenta y el 23.5% de placenta, por otro lado las puerperas que si tienen antecedentes de cesarea con un porcentaje de 41.2%, el 37.3% presentaron retencion de membranas y el 3.9% retencion de placenta.

CONTRASTACION DE HIPOTESIS GENERAL

HA: Existe relación significativa entre alumbramiento incompleto y factores obstétricos gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2019.

H0: No existe relación significativa entre alumbramiento incompleto y factores obstétricos gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2019.

La prueba de hipótesis de chi cuadrado

Factor / alumbramiento incompleto	Chi cuadrado χ^2	significancia
multiparidad/alumbramiento incompleto	12,813	,000
Antec. legrado/alumbramiento incompleto	12,637	,001

Interpretación:

Hay influencia significativa entre los factores obstétricos y alumbramiento incompleto en puérperas inmediatas del Hospital Santa María del Socorro, 2019, al encontrar significancia de $p < 0.05$ en los dos factores: multiparidad ($p = 0,000$), antecedente legrado ($p = 0,001$). Por lo que se acepta la hipótesis general alterna, y se rechaza la hipótesis nula.

Hipótesis específica 1

HA: Existe relación entre la multiparidad y alumbramiento incompleto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2019.

H0: No existe relación entre la multiparidad y alumbramiento incompleto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2019.

Estadístico: Chi cuadrado

$$\chi^2_{calc} = \sum \frac{(f_0 - f_e)^2}{f_e}$$

f_0 : Frecuencia del valor observado.
 f_e : Frecuencia del valor esperado.

Determinación del p valor

Significancia es de 0.000



Toma de decisiones

Como el valor del chi cuadrado calculado es mayor al de tabla, se rechaza la H_0 y se acepta la H_a : Estadístico: Chi cuadrado

Toma de decisiones

Como el valor del chi cuadrado calculado es mayor al de tabla, se rechaza la H_0 y se acepta la H_a : Existe relación entre la multiparidad y alumbramiento incompleto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2019.

Hipótesis específica 2

H_a : Existe relación entre antecedente de legrado uterino y alumbramiento incompleto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2019.

H_0 : No existe relación entre antecedente de legrado uterino y alumbramiento incompleto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2019.

Estadístico: Chi cuadrado

$$\chi^2_{calc} = \sum \frac{(f_0 - f_e)^2}{f_e}$$

f_0 : Frecuencia del valor observado.
 f_e : Frecuencia del valor esperado.

Determinación del p valor

Significancia es de 0.001



Toma de decisiones

Como el valor del chi cuadrado calculado es mayor al de tabla, se rechaza la H_0 y se acepta la H_a : Existe relación entre antecedente de legrado uterino y alumbramiento incompleto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2019.

Hipótesis específica 3

H_a : Existe relación entre antecedente de cesárea y alumbramiento incompleto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2019.

H_0 : No existe relación entre antecedente de cesárea y alumbramiento incompleto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2019.

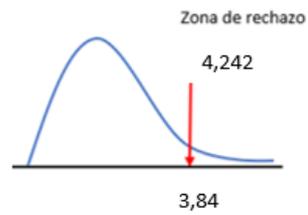
Estadístico: Chi cuadrado

$$\chi^2_{calc} = \sum \frac{(f_0 - f_e)^2}{f_e}$$

f_0 : Frecuencia del valor observado.
 f_e : Frecuencia del valor esperado.

Determinación del p valor

Significancia es de 0.057



Toma de decisiones

Como el valor del chi cuadrado calculado es mayor al de tabla, se rechaza la H_a y se acepta la H_0 : no existe relación entre antecedente de cesárea y alumbramiento incompleto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2019.

VI. RESULTADOS

6.1. Análisis de los resultados

Los resultados obtenidos en la investigación serán descritos de la siguiente manera, se hace mención que el 60.8% presentó retención por membranas y el 39.2% por retención de placenta, de las cuales los factores de riesgo fueron: el 76.5% multíparas de 2-5 partos, el 51% antecedentes de legrado y el 41.2% antecedente de cesárea.

6.2. Comparación de resultados con antecedentes

En la investigación se obtuvo como resultados que el 60.8% presentó retención por membranas y el 39.2% por retención de placenta, así mismo en el estudio de Espinoza, A. (2015) quien refiere que la incidencia de retención placentaria fue del (33%), así mismo en el estudio Ramírez B, (2016), refiere que la incidencia de retención de restos placentarios está representado el 17,8% del total, al igual que el estudio Zavaleta S. (2018) refiere que la incidencia de retención placentaria fue del 14%.

En cuanto a los factores de riesgo fueron: el 76.5% multíparas de 2-5 partos, al igual que el estudio de Zavaleta S. (2018) donde considera a la multiparidad como factor de riesgo para retención placentaria 26%, así mismo en el estudio de Negreiros R (2016), encontrándose en sus resultados que la multiparidad el 75% presentaron retención placentaria y el 68% no presentaron, en el estudio de Ramírez B, (2016), refiere que uno de los factores relacionados a la retención de restos placentarios fueron la multiparidad.

Para el factor de riesgo antecedentes de legrado fue del 54.9% y el 41.2% antecedente de legrado uterino, al igual que el estudio de Negreiros R (2016), quien manifiesta que el antecedente de legrado uterino es un factor de riesgo para retención placentaria.

Cuestas H. (2015) refiere que la incidencia fue de 9,81 % para retención placentaria. Los factores de riesgo independientes asociados a la retención de restos placentarios incluidos fueron paridad mayor de dos (OR 1 ,96; [CI] 95% 1.20-3,21; $p < 0,005$), la edad gestacional >37 semanas (OR 3,00; [CI] 95% de 1,74 a 5,17; p de 0,00), la procedencia del parto extrahospitalario (OR 2,89; [CI] 95% de 2,38 a 3,5; p de 0,00).

CONCLUSIONES

- Existe relación significativa entre los factores obstetricos y alumbramiento incompleto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2019, ya que el valor $p < 0,005$.
- Existe relación significativa entre la multiparidad y alumbramiento incompleto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2019, ya que el valor $p < 0,005$.
- Existe relación significativa entre antecedente de legrado uterino y alumbramiento incompleto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2019, ya que el valor $p < 0,005$.
- No existe relación significativa entre antecedente de cesárea y alumbramiento incompleto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2019, ya que el valor $p > 0,005$.

RECOMENDACIONES

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

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

El personal de salud en especial los(as) obstetras, en su campo laboral de atención materna perinatal, deben seguir fortaleciendo sus competencias profesionales desarrollando habilidades y destrezas; para la atención del alumbramiento dirigido, y así disminuir la incidencia de alumbramientos incompletos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. Boletín epidemiológico. Situación Epidemiológica de la Muerte Materna en el Perú 2015; 25 (4). Pág. 66 –74. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/boletin.php>
2. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia v perinatología pp 59 6 04-07. Perú.2015.
3. Belachew J, Cnattingius S, Mulic A. Riesgo de retención de placenta en mujeres previamente con cesárea: un estudio de cohortes basado en la población, Perú. BJOG. 2014; 121 (2): 224-9.
4. John C, Orazulike N, Alegbeleye J. Una evaluación de la placenta retenida en la universidad de Port Hospital Docente Harcourt: una revisión de cinco años. Níger J Med. 2015; Colombia. 24 (2): 99-102.
5. Espinoza, A. Oxitocina intramuscular o misoprostol sublingual en el alumbramiento dirigido. Maracaibo.Bolivia,2015, disponible en: http://tesis.luz.edu.ve/tde_arquivos/29/TDE-2016-10-18T08:35:50Z-6861/Publico/Tesis%20Ana%20Espinoza.pdf
6. Zavaleta S. Multiparidad como factor de riesgo asociado a retención placentaria en gestantes del Hospital Belén de Trujillo. 2018.
7. Negreiros R. Multiparidad, antecedentes de legrado uterino, parto prolongado y cesárea previa como factores de riesgo asociados a retención placentaria en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco – La Libertad 2015 al 2016.disponible en: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/29165/negreiros_pr.pdf?sequence=1&isAllowed=y
8. Ramírez B,“Factores asociados a la retención de restos placentarios en parturientas del Hospital regional de Ayacucho, año

2016".disponible en:
<http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/1852?show=full>

9. Cuestas H. Cesárea previa, legrado uterino y paridad como factores relacionados a la retención de restos placentarios en el puerperio inmediato, en el servicio gineco-obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano. 2015.
10. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías Clínicas y Procedimientos para la atención obstétrica; 2005, p 67. Peru, From: [file:///C:/Users/Admin/Downloads/650t%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Admin/Downloads/650t%20(2).pdf)
11. Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: Una guía práctica. suiza: Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. 2015, disponible en:https://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf.
12. Mongrut, A. Tratado de obstetricia Normal y Patologica. 4ta edición, Editorial Los Andes. Lima – Perú 2004, p277-320.
13. Williams Obstetrics 23th Edition 2015: Cap 4 pag 370-409.
14. Alba B, Dañino M, Reyes D, Vargas A, Zenteno I, Morales L. Atención De Parto Departamento De Integración De Ciencias Médicas Centro De Enseñanza Y Certificación De Aptitudes Médicas. Disponible en :
15. <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/icm/images/cecam/02.p.gin-e-andro/ATENCION-DE-PARTO.pdf>
16. Cunningham F., Leveno K., Bloom S., Hauth J, Rouse D., Spong C, editors. Williams Obstetricia. Vol. 1. 23ª ed. México: Mc Graw Hill; 2011.
17. Santisteban S. Parto normal. En: Rigol O, Sánchez T, Blanco F, et al, editores. Obstetricia y Ginecología. 2ª ed. La Habana: Ciencias

médicas; 2014.p. 85-106. Disponible en:
http://bibliotecadegenero.redsemlac-cuba.net/sites/default/files/14_BMN_RRO_OG.pdf

18. Caro R, Influencia de la modalidad de alumbramiento (espontáneo vs dirigido) en la donación de cordón, Biblioteca Lascasas, España. 2015; 11(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0825.pdf>
19. Maldonado, M., Lombardía, J., Rodríguez, O., Rincón, P. & Dehesa, A. (2014) Hemorragias del tercer trimestre. Revista Médica Clínica, Las Condes, Costa Rica, 25 :993 1003 DOI 10.1016/50716. Disponible en: <file:///C:/Users/Admin/Downloads/51-Texto%20del%20art%C3%ADculo-215-1-10-20180320.pdf>
20. Yvonne L. Hauck, Lucy Lewis, Elizabeth A. Nathan. Risk factors for severe perineal trauma during vaginal childbirth: A Western Australia retrospective cohort study. Women and Birth 28 (2015) 16-20. From: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25476878>
21. Viswanathan M, Hartmann K, Palmieri R, Lux L, Swinson T, Lohr KN, et al. The use of episiotomy in obstetrical care: a systematic review. Evid Rep Technol Assess (Sum) 2005:1-8.
22. Barbecho P y Barrera T. Incidencia, factores de riesgo y complicaciones materno-perinatales durante el embarazo y parto de niños a término, grandes para la edad gestacional, nacidos en el hospital Vicente Corral Moscoso desde el 1º de enero hasta el 31º de diciembre del 2011. [Tesis]. Cuenca: Universidad de Cuenca. Ecuador. Facultad de Ciencias Médicas; 2013.
23. Ramírez J, Conducción clínica del parto eutócico. analgesia y anestesia obstétricas, Honduras [Internet]. 2013 [citado 23 Jun 2014]; 41(1): Disponible: [https://www.uv.es/jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%20-10%20\(2006\).pdf](https://www.uv.es/jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%20-10%20(2006).pdf)

24. Roa I, Placenta: Anatomía e Histología Comparada, ed:3(4):1490-1496, 2015, chile, disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v30n4/art36.pdf>
25. Bustos M. Hemorragia post parto por retención placentaria en hospital central de Majes – Arequipa. 2017.
26. Suárez J, Gutiérrez M. Placenta increta en cuerno uterino. Rev Cubana de Ginecol y Obstet [Internet]. 2015 [citado 19 Jul 2016]; 41(1): Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol41_1_15/gin09115.htm
27. Silver R. Implantación anormal de la placenta. Placenta previa, vasa previa y placenta acreta. Series de Especialidad Clínica. Obstet Gynecol [Internet], 2015 [citado 19 Jul 2016]; 126:654-68. Costa Rica. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr163c.pdf>
28. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C; Obstetricia, 6ta ed. El Ateneo 2003.
29. Cunningham FGy Col. Williams. Obstetricia, 21ª edición Masson 2001
30. Mongrut, A., Tratado de Obstetricia Normal y patológico. Edit. Sesator. Lima. Perú.2014.
31. Stephenson, P., Manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto, una práctica simple para prevenir una hemorragia postparto. PATH. Washington. EE.UU.2008.
32. Caldeyro R; and Heller H. Oxitocyn. Editorial Pergamon Press. Oxford 1961

33. Wong L; Wong E; Husares Y, "Mortalidad materna en la Dirección Regional de Salud Ancash", Rev. peru. ginecol. obstet. v.57 n.4 Lima 2011
34. Coviello E, Grantz K, Huang C, et al. Factores de riesgo para placenta retenida. Am J Obstet Gynecol. Cuba, 2015; 213: 864.e1.
35. Asturizaga P. Toledo L. "Hemorragia obstétrica". Rev. Méd. Bolivia-La Paz. 2014;20(2):57-68.
36. Asturizaga, P. & Toledo L. (2014). Hemorragia obstétrica. Revista Médica La Paz, Bolivia- p.64.

ANEXOS

6.3. ANEXO 1 Matriz de consistencia

Problema	Objetivo	Hipótesis	Operacionalización		Método	
			Variable	Indicadores		
<p>Problema principal</p> <p>¿Cuál es la relación entre el alumbramiento incompleto y factores obstétricos en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2019?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la relación entre el alumbramiento incompleto y factores obstétricos en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2019.</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>Existe relación significativa entre alumbramiento incompleto y factores obstétricos gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2019.</p>	<p>Dependiente</p> <p>Alumbramiento incompleto</p>	<p>Si</p> <p>No</p>	<p>Tipo de Investigación Observacional transversal retrospectiva</p> <p>Nivel Correlacional</p>	
<p>Problemas Secundarios</p> <p>- ¿Cuál es la relación entre la multiparidad y alumbramiento incompleto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2019?</p> <p>- ¿Cuál es la relación entre antecedente de legrado uterino y alumbramiento incompleto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2019?</p> <p>- ¿Cuál es la relación entre antecedente de cesárea y alumbramiento incompleto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2019?</p>	<p>Objetivos específicos</p> <p>- Determinar la relación entre la multiparidad y alumbramiento incompleto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2019.</p> <p>- Establecer la relación entre antecedente de legrado uterino y alumbramiento incompleto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2019.</p> <p>- Determinar la relación entre antecedente de cesárea y alumbramiento incompleto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2019.</p>	<p>Hipótesis específicas</p> <p>- Existe relación entre la multiparidad y alumbramiento incompleto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2019.</p> <p>- Existe relación entre antecedente de legrado uterino y alumbramiento incompleto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2019.</p> <p>- Existe relación entre antecedente de cesárea y alumbramiento incompleto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2019.</p>	<p>Independiente</p> <p>Factores obstétricos</p>	<p>Si</p> <p>No</p>		<p>Población</p> <p>La población estará conformada por 51 casos de alumbramiento incompleto ocurridos en el Hospital Santa María de Socorro 2019.</p>
			<p>Intervinientes</p> <p>- Multiparidad</p>	<p>Multipara 2-5</p> <p>Gran Multipara ≥ 6</p>	<p>Si</p> <p>No</p>	<p>Muestra</p> <p>La muestra será el total de la población por conveniencia 51 casos de alumbramiento incompleto.</p>
			<p>-Antecedente de legrado</p> <p>-Antecedente de cesárea</p>	<p>de</p> <p>de</p>	<p>Si</p> <p>No</p>	<p>Instrumento</p> <p>Ficha de datos</p>

6.4. ANEXO 2 Matriz de Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala	Fuente
Dependiente Alumbramiento incompleto	Presencia de restos placentarios o membranas ovulares en el útero después del alumbramiento	Alumbramiento incompleto	- Retención de membranas - Retención de placenta	Nominal	Ficha de recolección de datos
Independiente Factores obstétricos	Son todas aquellas circunstancias o situaciones que aumenta las probabilidades que pueden propiciar alguna complicación durante el embarazo, parto, puerperio o que puedan alterar de alguna forma el desarrollo normal o la supervivencia del producto.	Multiparidad Antecedente de legrado Antecedente de cesárea	Múltipara: 2 – 5 partos Gran múltipara: ≥ 6 partos Si No Si No	Ordinal Nominal Nominal	

6.5. ANEXO 3 Ficha de recolección de datos



Ficha de recolección de datos

RELACION ENTRE ALUMBRAMIENTO INCOMPLETO Y FACTORES OBSTETRICOS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL COCORRO, 2019

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Ficha N° _____

Hcl N° _____

1. Multiparidad

- **Múltipara: 2 a 5 partos** ()
- **Gran múltipara: \geq a 6 partos** ()

2. Antecedente de legrado

SI ()

NO ()

3. Antecedente de cesárea

SI ()

NO ()

ANEXO 4 Informe de validación del instrumento de investigación

I. INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

II. DATOS GENERALES

Título de la Investigación: Relación entre desarrollo físico incompleto y factores obstétricos en gestantes atendidas en el Hospital Santa Natividad Securo 2019

Nombre del Experto: Mg. Aquilón Tuppia Mirna

III. ASPECTOS A VALIDAR EN EL CUESTIONARIO

Aspectos Evaluar	a	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas a corregir
1. Claridad		Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	Cumple	
2. Objetividad		Las preguntas están expresadas en aspectos observables	Cumple	
3. Conveniencia		Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	Cumple	
4. Organización		Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	Cumple	
5. Suficiencia		El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	Cumple	
6. Intencionalidad		El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	Cumple	
7. Consistencia		Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	Cumple	
8. Coherencia		Existe relación entre las preguntas e indicadores	Cumple	
9. Estructura		La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	Cumple	
10. Pertinencia		El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	Cumple	

IV. OBSERVACIONES GENERALES



OBSTETRA
COPIA

Nombre:
No. DNI: 28273188

I. **INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN**

II. **DATOS GENERALES**

Título de la Investigación: Relación entre alumbramiento y factores obstétricos en gestantes atendidas en el Hospital Sábalo Peñaflora del Sector

Nombre del Experto: Mg. Cabreno Espino Milagros

III. **ASPECTOS A VALIDAR EN EL CUESTIONARIO**

Aspectos Evaluar	a	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas a corregir
1. Claridad		Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	Cumple	
2. Objetividad		Las preguntas están expresadas en aspectos observables	Cumple	
3. Conveniencia		Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	Cumple	
4. Organización		Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	Cumple	
5. Suficiencia		El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	Cumple	
6. Intencionalidad		El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	Cumple	
7. Consistencia		Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	Cumple	
8. Coherencia		Existe relación entre las preguntas e indicadores	Cumple	
9. Estructura		La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	Cumple	
10. Pertinencia		El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	Cumple	

IV. **OBSERVACIONES GENERALES**



 Nombre: Mg. Milagros Cabreno Espino

 No. DNI: 46600423

I. **INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN**

II. **DATOS GENERALES**

Título de la Investigación: Relación entre el parto prematuro y factores obstétricos en gestantes atendidas en el Hospital Simón Bolívar del Seguro 2019.

Nombre del Experto: Mg. Rocío Magali Chanco Hernández

III. **ASPECTOS A VALIDAR EN EL CUESTIONARIO**

Aspectos a Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas a corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	Cumple	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	Cumple	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	Cumple	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	Cumple	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	Cumple	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	Cumple	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	Cumple	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	Cumple	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	Cumple	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	Cumple	

IV. **OBSERVACIONES GENERALES**


Mg. Rocío M. Chanco Hernández
OBSTETRA
 Norm. C.O.P. 31185
 No. DNI: 46281445



MEMORANDO N° 301 - 2019-DE-HSMSI/J-UADI

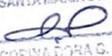
SEÑORA : LIC. ADM. SIRLY CHOQUE CORNEJO
Jefe de la Unidad de Estadística e Informática
ASUNTO : PRESENTACIÓN DE TESIS
FECHA : Ica, 20 de Noviembre del 2019

Me dirijo a usted, para presentar a la tesista Srta. MILI GUADALUPE DE LA CRUZ MAGALDI quien desarrollará el PROYECTO DE TESIS RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS ASOCIADOS AL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO-2018, para obtener el Título de Licenciada en Obstetricia.

Se le agradece brindar las facilidades.

Atentamente.

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCIÓN REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO ICA


LIC. CORINA ESPINOZA TORRES ROJAS
JEFA DE LA UNIDAD DE ANÁLISIS Y LA DOCUMENTACIÓN E INVESTIGACIÓN

c.c. Srta. De La Cruz.
c.c. Archivo.
CDGTR/J-UADI.

6.6. Anexo 5: confiabilidad

COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD DE ALFA DE CRONBACH

$$\alpha = \frac{K}{(K-1)} * \left(1 - \frac{\sum S^2_i}{S^2_t}\right)$$

Dónde:

K Número de ítems

S²_i Varianza muestral de cada ítem.

S²_t Varianza del total de puntaje de los ítems.

Para que exista confiabilidad del instrumento se requiere que el coeficiente “α” Cronbach:

De 0 a 0.2 confiabilidad muy baja

De 0.2 a 0.4 confiabilidad baja

De 0.4 a 0.6 confiabilidad moderada

De 0.6 a 0.8 confiabilidad buena

De 0.8 A 1.0 CONFIABILIDAD ALTA

Por lo tanto, se dice que el ítem es válido y el instrumento es confiable.

Nivel de Confiabilidad del Instrumento de recolección de datos .2019.

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,945	3

Base de datos

PERSONA	ALUMBRAMIENTO INCOMPLETO	MULTIPARIDAD	ANTECEDENTE DE LEGRADO	ANTECEDENTE DE CESAREA
1	1	1	1	1
2	2	2	2	2
3	1	1	1	2
4	2	2	2	2
5	1	1	1	1
6	2	1	2	2
7	1	1	1	1
8	2	1	2	2
9	1	1	1	1
10	1	1	1	2
11	1	1	1	1
12	1	2	1	2
13	1	1	1	1
14	2	2	2	2
15	1	1	2	2
16	2	2	2	1
17	2	1	2	2
18	1	1	2	1
19	2	1	2	2
20	1	1	2	2
21	1	1	1	1
22	2	2	2	2
23	1	1	1	2
24	2	2	1	2
25	1	1	1	1
26	2	1	2	2
27	1	1	1	1
28	2	1	2	2
29	1	1	2	1
30	1	1	1	2
31	1	1	1	1
32	1	2	1	2
33	1	1	2	1
34	2	2	2	2
35	1	1	2	2
36	2	2	2	1
37	2	1	1	2
38	1	1	2	1
39	2	1	2	2
40	1	1	2	2
41	1	1	1	1
42	2	2	1	2

43	1	1	1	2
44	2	2	1	2
45	1	1	1	1
46	2	1	2	2
47	1	1	1	1
48	2	1	2	2
49	1	1	2	1
50	1	1	1	2
51	1	1	1	1