

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL
DE HUAMANGA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**“FACTORES ASOCIADOS A LA RETENCIÓN DE RESTOS
PLACENTARIOS EN PARTURIENTAS DEL HOSPITAL
REGIONAL DE AYACUCHO, AÑO 2010- 2015”**

**TESIS PARA OPTAR TÍTULO PROFESIONAL DE
OBSTETRA**

PRESENTADO POR

BEDRIÑANA MUÑOZ, Katherine

ASESORA

Obst. BRÍGIDA RAMIREZ QUIJADA

AYACUCHO – PERÚ

2017

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

R.D.N° 149-2017-FCSA-UNSCH

A los siete días del mes de julio del 2017 se dio inicio al acto sustentatorio de tesis con el jurado conformado por el Dr. Emilio Ramírez Roca (Decano) Prof. Clotilde Prado Martínez, Prof. Roaldo Pino Anaya, Prof. Pavel Alarcón Vila y como asesora la Prof. Brígida Ramírez Quijada la señorita sustentante Katherine Bedriñana Muñoz dio inicio a la exposición a las 10:20 am del trabajo titulado "Factores Asociados a la retención de restos placentarios del Hospital Regional de Ayacucho año 2010-2015".

Concluida la exposición el presidente del jurado calificador dio la palabra al Prof. Roaldo Pino Anaya luego la Prof. Clotilde Prado Martínez y seguidamente se dio la palabra a la asesora Prof. Brígida Ramírez Quijada seguidamente el presidente del jurado pide a la sustentante y al público en general a abandonar el auditorio para llevar a cabo la calificación por los miembros del jurado calificador.

Resultados de la evaluación de los miembros la señorita:

Katherine Bedriñana Muñoz:

	TEXTO EXPOSICIÓN RESPUESTAS P. FINAL			
Dr. EMILIO RAMÍREZ ROCA	18	18	17	18
Mg. CLOTILDE PRADO MARTÍNEZ	16	16	16	16
Mg. ROALDO PINO ANAYA	16	17	16	16
Mg. PAVEL ALARCÓN VILA	16	16	15	16

PROMEDIO FINAL: 17

De la evaluación realizada por los miembros del jurado calificador, la bachiller Katherine Bedriñana Muñoz obtuvo la nota de diecisiete (17) de lo

cual los miembros del jurado firman al pie siendo las 11:45 se da por concluido el acto sustentatorio.

Precisión: El título de la tesis es "Factores asociados a la retención de restos placentarios en parturientas del Hospital Regional de Ayacucho, año 2010-2015".



Dr. Emilio Ramírez Roca
PRESIDENTE



Mg. Clotilde Prado Martínez
MIEMBRO



Mg. Róaldo Pino Anaya
MIEMBRO



Dra. Brígida Ramírez Quijada
ASESORA



Mg. Pavel Alarcón Vila
SECRETARIO DOCENTE

DEDICATORIA

A Dios por mantenerme con vida e iluminar mi camino para lograr mis metas.

A mis queridos padres Mario y Victoria porque sin su apoyo no hubiera sido posible la culminación de mi carrera profesional.

Con mucho cariño a mis hermanos Luz, Annie y Roy, por el apoyo moral e incondicional.

A mi pareja Glenin y mi hijo Diostephano Lyan Andree con infinito cariño y amor quienes son mi fuente de inagotable aliento e inspiración.

Gratitud a las amistades que supieron valorarme como persona, amiga, colega, y futura profesional de la Escuela de Obstetricia a quienes guardo un lugar especial en mi corazón.

Katherine Bedriñana M.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Obstetricia, alma mater de mi formación profesional.

A los docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud, en especial a la Escuela Profesional de Obstetricia por sus valiosas enseñanzas y orientaciones que condujeron a los logros de mis objetivos y metas.

A la Obstetra Brígida Ramírez Quijada por su gran apoyo como asesora y brindar su colaboración en el desarrollo y conducción de este trabajo de investigación. Así mismo, a los miembros del jurado por sus sugerencias para el desarrollo del presente tema de investigación.

A la docente Silvia Carhuayo Luján por el apoyo y por el tiempo que me brindó durante la elaboración de la tesis.

Al Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, en especial al área del Sistema Informativo Perinatal (S.I.P), por facilitarme la información relacionado al trabajo de investigación.

Finalmente, a todas aquellas personas, amigos que contribuyeron con su valioso apoyo y colaboración para la culminación del presente trabajo de investigación.

INDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	5
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	10
1.3 OBJETIVOS	11
1.3.1 Objetivo general	11
1.3.2 Objetivos específicos.....	11
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO	12
2.2 BASE TEÓRICO CIENTÍFICO.....	16
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS OPERATIVOS	31
2.4 HIPÓTESIS	34
2.5 VARIABLE DE ESTUDIO	35
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	36
3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	36
3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	36
3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	36
3.5 UNIDAD DE INFORMACIÓN.....	37
3.6 TÉCNICAS	37
3.7 INSTRUMENTOS.....	37
3.8 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	37
3.9 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	38
CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	39
CONCLUSIONES	64
RECOMENDACIONES.....	65
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

La retención de restos placentarios está considerada dentro de las hemorragias del posparto. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ésta corresponde conjuntamente con las infecciones y la preeclampsia el 85% de muertes maternas a nivel mundial y el 99% a nivel de los países en vías de desarrollo, existiendo un elevado porcentaje de muertes maternas dentro de los primeros 7 días posparto.¹

Cada 20 minutos fallece una mujer embarazada en las Américas, aproximadamente 600.000 mujeres de edades comprendidas entre 15 y 49 años mueren en todo el mundo cada año, como resultado de complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y el puerperio, siendo la hemorragia la primera causa de muerte. La retención de restos placentarios impide la retracción de la musculatura del útero conllevando a la pérdida de sangre fuera de los niveles normales, considerándose que en el parto vaginal la pérdida promedio normal de sangre es de 500cc.¹

En el examen minucioso de la placenta, que es efectuado de rutina inmediatamente después del alumbramiento, puede detectarse la ausencia de uno o más cotiledones. La hemorragia externa es inconstante y puede no guardar relación de intensidad directa con el tamaño del cotiledón retenido, dichos cotiledones sufren un proceso de desintegración, conllevando a infecciones durante el puerperio.²

La práctica de maniobras incorrectas en la atención del alumbramiento como la presión excesiva sobre el fondo uterino o la tracción del cordón umbilical, pueden favorecer la retención de fragmentos de placenta, aunque ésta se deba en ocasiones a una fijación anormal en el útero. Los factores de riesgo más importantes de la placenta acreta, increta y percreta son la placenta previa y los antecedentes de cesárea. Otros posibles factores de riesgo son el legrado, la multiparidad, los miomas submucosos y las malformaciones uterinas.³

No encontrándose investigaciones realizadas en periodos amplios en nuestro medio, es que la presente investigación tuvo como objetivo evaluar los factores que se asocian a la retención de restos placentarios en parturientas atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho durante los años 2010 al 2015, haciendo uso del método descriptivo, retrospectivo de corte transversal y cuyos principales resultados hallados en la presente investigación fueron que de un total de 17,053 parturientas, 1,328 presentaron retención de restos placentarios, representando el 7,8% del total. Los factores relacionados a la retención de restos placentarios fueron la menor edad, la gran multiparidad, la rotura prematura de membranas, parto pretérmino, el mayor número de abortos y el alumbramiento espontáneo.

El tema investigado permitió conocer los factores que están relacionados a la retención de restos placentarios, de manera que constituye una contribución al conocimiento de esta temática y que permitirá tomar acciones de prevención, buscando alternativas de solución que conlleven a la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad materna.

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud, la hemorragia obstétrica es la causa del 25% de las muertes maternas que ocurren en todo el mundo. Aproximadamente el 80% de las muertes maternas por hemorragia son por causas obstétricas directas; es decir, por complicaciones del embarazo, durante el trabajo de parto y el puerperio.⁴

La retención de restos placentarios es la complicación más frecuente que conlleva a la hemorragia posparto, presentándose en un 75% de los casos del puerperio patológico. Este período es de gran riesgo, debido a la cantidad y rapidez con la que se presenta la hemorragia, siendo en ocasiones insuficientes los recursos para reponer el volumen circulante, a través de la administración de soluciones parenterales o de sangre y/o sus derivados. Por otro lado, la retención de restos placentarios es una de las complicaciones obstétricas que aún continúa siendo causa importante de la morbilidad materna por sepsis, shock séptico, por lo que la única forma preventiva es siempre realizar la revisión cuidadosa de la placenta y de las membranas amnióticas.⁵

Respecto a las causas y factores de riesgo, los protocolos de la Sociedad española de Gineco-obstetricia consignan a las causas de hemorragia posparto bajo la regla nemotécnica de las 4 “t”, que son el “Tono” (atonía uterina), “Tejido” (retención de productos), “trauma” (lesión del canal vaginal) y “Trombina” (alteración de la coagulación).⁶

La retención de restos placentarios y/o membranas ovulares desencadena en el período del puerperio, sangrado vaginal e infección puerperal, que va en desmedro no sólo de la salud de la mujer, sino del tiempo de permanencia intrahospitalaria.⁷

El manejo activo del alumbramiento con drogas que estimulan la contractilidad uterina (oxitocina, prostaglandinas, etc.), así como el pinzamiento temprano del cordón umbilical y la tracción controlada y sostenida del mismo, han demostrado su eficacia como medidas para disminuir el sangrado posparto. La droga generalmente utilizada en el manejo activo del alumbramiento es la oxitocina administrándose en infusión endovenosa una vez pinzado el cordón umbilical.

La mortalidad materna en el Perú es de 93 x 100 mil nacidos vivos que pasó de 457 defunciones en el año 2010 a 411 en el año 2014, según cifras de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud (MINSA), lo que representa un descenso de 10% en éste índice.⁸

En el año 2015, se notificaron 301 casos de muerte materna, de los cuales 279 son muertes maternas notificadas como directas e indirectas (61,5% y 31,2% casos respectivamente). El 7,3% de las muertes maternas se notificaron como muerte incidental. Las principales causas de muerte materna directa son las hemorragias, que representan el mayor número de

casos con un 39,8%, entre éstas las principales patologías fueron la inercia uterina, hemorragias del tercer período el parto (alumbramiento), las hemorragias posparto inmediatas, placenta previa y embarazo ectópico.⁹

El Perú no ha cumplido la meta de reducir la tasa de muerte materna a 66 por cada 100,000 nacidos vivos, el 46% de estos fallecimientos ocurre en el puerperio (después del parto) a causa de hemorragias; sin embargo, refiere que según una encuesta del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del 2014, el 34% de establecimientos de salud encuestados (801 en total) no tenía oxitócicos en sus farmacias, medicamento precisamente para cohibir las hemorragias. La misma encuesta señala que el 68% de establecimientos carece de equipos e instrumental médico para resolver las emergencias obstétricas, entre ellas la retención de placenta, una de las causas de muerte materna por hemorragia. Según la misma fuente estadística 51,9% de 162 hospitales encuestados no tiene refrigeradora conservadora de sangre, necesaria para evitar la muerte por hemorragia.¹⁰

Son las razones antes esgrimidas que motivaron a realizar la presente investigación,

Planteándonos la siguiente interrogante:

¿Cuáles serán los factores asociados a la retención de restos placentarios en parturientas atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho durante los años 2010 al 2015?

1.3.1 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL:

Evaluar los factores que se asocian a la retención de restos placentarios en parturientas atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho durante los años 2010 al 2015.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Determinar la frecuencia de la retención de restos placentarios.
- Relacionar la retención de restos placentarios con la edad, paridad, antecedentes de aborto, antecedentes de cesárea, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, rotura prematura de membranas, parto pretérmino, tipo de alumbramiento.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO

Hedrawi, P. (España-1999), refiere que la retención de restos placentarios tiene una incidencia muy alta en España que varía de acuerdo al estudio y a la definición que es de 2 al 3 por ciento de partos vaginales.¹¹

Pritchard, A. (Argentina-2002), en su investigación. Factores asociados a la retención placentaria, determinó que entre los factores que pueden aumentar el riesgo de hemorragia, se incluyen al desprendimiento temprano de la placenta implantada en el útero 15%, la multiparidad 27%. Los abortos previos 15%, medicamentos para inducir el trabajo de parto y detener el parto 15% y por último el acretismo placentario 22%.¹²

Baha y Sabai.(EE.UU-2002), en su investigación. Causas de la hemorragia posparto, reportó que la incidencia de la hemorragia durante el puerperio es de 1/1000 partos y la mayoría de los casos ocurre entre el sexto y décimo día posparto.

Determinándose que las causas más frecuentes de metrorragia tardía del puerperio son la sub involución uterina 80%, la presencia de restos placentarios 15% y la endometritis 5%. En la mayoría de estas pacientes

se intentó el tratamiento conservador con agentes oxitócicos, especialmente efectuándose la revisión de cavidad uterina inmediatamente después del alumbramiento.¹³

Mitelman G. y Col. (Paraguay-2003), en su investigación. Causas de la hemorragia en el puerperio en el hospital Laurente de Bautista Asunción-Paraguay, de un total de 3340 partos normales, se presentaron 540 casos de retención de restos placentarios, cuya etiología fue precisada en un 40% a adherencias anormales de la placenta, y en un 35% a etiología desconocida, seguido por la fibromatosis uterina en un 15%, y 10% a la presencia de lóbulos aberrantes.¹⁴

Can, M. (España-2004), en su investigación. Alumbramiento espontáneo y alumbramiento dirigido en relación a retención placentaria, a través de un estudio comparativo con el objetivo de determinar si existe relación entre la retención de restos placentarios con los tipos de alumbramiento, en 2.400 parturientas, reportó que 2.280 concluyeron en partos vaginales, y la retención de restos placentarios fue más frecuente en los alumbramientos dirigidos (75%), seguido por el 25% de retenciones de restos placentarios en alumbramientos espontáneos.⁷

Carroli, G.(Chile-2005), realizó un estudio observacional a fin de determinar los factores externos asociados a la retención de restos placentarios realizado en 530 parturientas, demostrando que existen factores externos que influyen sobremanera sobre los internos, precisando que en un 45% las maniobras de extracción de la placenta mal ejecutadas tanto en técnica como en tiempo, conducen a la mayor retención de restos placentarios y membranas ovulares (corion-amnios).¹⁵

Arone, S. (Lima-1997), en su estudio comparativo de la Incidencia de la retención de restos placentarios y factores asociados en el Hospital Maternidad de Lima y el Hospital de Apoyo de Ayacucho”, reportaron que en el Hospital Maternidad de Lima la causa de hemorragia en el posparto en primer lugar fue la deciduitis en 65.44% seguido de retención de restos placentarios con 30.88%, mientras que en Hospital de Ayacucho la mayor frecuencia de retención de restos placentarios, como causa de hemorragia posparto fue de 52,94% seguido de deciduitis con el 41.18%.¹⁶

Prado y Soto (Ayacucho-2001), en un estudio comparativo de las complicaciones en el alumbramiento en parturientas adolescentes y adultas atendidas en el Hospital Regional De Ayacucho y San Juan de Dios Pisco-Ica. Julio –octubre del 2000, en Ayacucho, hallaron que un 22.45% de adolescentes y el 17.35% de adultas presentaron retención de restos placentarios. En Pisco-Ica el 17.65% de adultas y el 10.78% de adolescentes presentaron retención de restos placentarios. Concluyeron que las complicaciones en el alumbramiento se presentan en igual frecuencia en adolescentes y adultas en el Hospital Regional De Ayacucho y en el Hospital San Juan De Pisco - Ica.¹⁷

Chihuán y Palomino (Ayacucho-2007), en su investigación sobre las causas de hemorragia pos alumbramiento dirigido, realizada en 128 parturientas en el servicio de Gineco-Obstetricia, con alumbramiento dirigido, encontró que el 82.8% no presentaron hemorragia pos alumbramiento dirigido, mientras que el 17.2% si presentaron dicha patología, de ellas el 10.9% fue por atonía uterina y el 3.9% por retención de restos placentarios por último el 2.3% por retención placentaria,

determinándose que la retención de restos placentarios se halla ubicada como la segunda causa de hemorragias en el posparto.¹⁸

Palacios y Palomino. (Ayacucho-2010), en un estudio sobre factores asociados a la retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho enero-abril 2010, hallaron que la frecuencia de retención de restos placentarios fue de 17.7%. Los factores intrínsecos fueron los malos antecedentes obstétricos. Los factores extrínsecos fueron las maniobras intempestivas realizadas durante el alumbramiento.¹⁹

2.2 BASE TEÓRICO CIENTÍFICO

2.2.1 PARTO

Es el proceso por el cual se expulsa del útero el feto maduro o casi maduro, con un peso mayor de 500 gramos, mayor de 22 semanas, ya sea en forma espontánea y fisiológica o en forma anormal, patológica o distócica.²

2.2.2 PERÍODOS DEL PARTO

2.2.2.1 Período de dilatación

Una vez iniciada las contracciones uterinas regulares, el feto desciende por el canal del parto, la adaptación de las características de la cabeza a los diámetros de la pelvis y conseguir la dilatación del cuello uterino y vagina. Durante esta etapa se debe vigilar las contracciones uterinas y la frecuencia cardiaca fetal.

Durante el parto se producen cambios muy importantes en el cuello uterino: el borramiento y la dilatación del mismo. La dilatación se mide en centímetros (CM), cuando se inicia la dilatación y llega hasta los 3 cm se denomina fase latente; cuando se encuentra la dilatación a partir de los 4cm se denomina fase activa.²

2.2.2.2 Periodo expulsivo

Inicia en el momento en que la dilatación ha completado, es decir, permite el paso del feto al exterior. Durante el mismo el feto debe completar el descenso, rotación y amoldamiento de la cabeza al canal del parto.

Las fuerzas que participan son las contracciones uterinas y la contracción de los músculos abdominales que intentan expulsar el contenido uterino.²⁰

2.2.2.3 Período de alumbramiento

Es el momento entre el nacimiento del bebe y la expulsión de la placenta.

Durante esta etapa el útero se contrae hacia abajo y la placenta empieza a separarse de la pared del útero. La cantidad de sangre que se pierde depende de cuán rápido ocurre esto. Si el útero no se contrae normalmente (atonía uterina), los vasos sanguíneos en la zona de la placenta permanecen abiertos y se produce una hemorragia severa. Éste periodo comprende cuatro etapas.²⁰

1. Desprendimiento de la placenta

Tan pronto como el feto se desprenda, el útero se retrae para adaptarse a su menor contenido. No obstante, todavía la placenta permanece un tiempo (algunos minutos) adherida a él. Pero a continuación del nacimiento, sobre la retracción señalada se agregan fuertes contracciones rítmicas, que no son sino continuación de las del parto, durante el desprendimiento se rompen los vasos de la decidua basal y se desencadena un sangrado fisiológico, reconociendo los siguientes signos de desprendimiento placentario:²

a) Signo de Schroeder: Signo de fondo marcador, elevación de fondo uterino y disminución del diámetro transversal.

b) Signo Kustner: Si al desplazar el útero hacia arriba el cordón umbilical también asciende, es signo de que la placenta aún no se ha desprendido.

c) Signo de Ahlfeld: Si se ha producido el desprendimiento placentario la pinza colocada en el cordón umbilical a nivel del introito vaginal, desciende.

d) Signo de pescador (Fabre): Si al palpar por el abdomen el fondo del útero y paralelamente se tracciona el cordón umbilical y se percibe en el fondo uterino la tracción, indica que la placenta sigue adherida.

1.1 Modalidades del desprendimiento

a) Baudeloque – Schultze

La placenta inicia su desprendimiento en el centro de su zona de inserción; donde se produce el hematoma retroplacentario, la placenta se desprende por su cara fetal; toda la pérdida sanguínea se produce al final.

b) Baudeloque – Duncan

Se inicia el desprendimiento en el borde de la placenta y extendiéndose hacia el centro de la misma, la placenta se desprende por su cara materna.

2. Desprendimiento de las membranas

Las membranas se desprenden por idéntico proceso. Las contracciones del útero que sobrevienen, al accionar sobre un tejido distinto, lo hacen de tal manera que pliegan primero las membranas y las desprenden después; finalmente el mismo peso de la placenta, en su descenso, terminará de desprenderlas por simple tironeamiento. El proceso finaliza luego de expulsada la placenta que aún cuelga de las membranas no completamente desprendidas.²

3. Descenso de la placenta

La placenta desprendida desciende del cuerpo uterino por el segmento inferior, llegando a la vagina, esto ocurre por cierta actividad contráctil del útero y mayormente por el peso de la placenta, la misma que arrastra las membranas.²⁰

4. Expulsión de la placenta

Lo absolutamente normal es que se repitan algunos pujos y éstos, con el agregado del peso de la placenta y el hematoma retroplacentario terminen la expulsión placentaria hasta el exterior, la placenta desprendida y

descendida a la vagina continúa allí alojada, por lo que es menester extraerla de la misma con ayuda manual. ²

2.2.3 MANEJO ACTIVO DEL ALUMBRAMIENTO

Se entiende por manejo activo del alumbramiento a la decisión clínica consistente a una serie de intervenciones orientados a acelerar la expulsión de la placenta a través del aumento de las contracciones uterinas, con el objeto de prevenir la hemorragia posparto, estas intervenciones consisten en:

- La administración de útero tónicos dentro del primer minuto después del nacimiento del bebe.
- La tracción controlada de cordón umbilical
- Masaje uterino.

2.2.4 COMPLICACIONES DEL PARTO

2.2.4.1 Hemorragia posparto

Se define como la pérdida sanguínea mayor a 500 ml después del parto vaginal o más de 1000 ml de pérdida sanguínea después de una cesárea, con un descenso del hematocrito en más del 10% en las primeras 24 horas del puerperio, el útero, después de haber expulsado la placenta, no se retrae ni contrae, alterándose así la hemostasia.

La hemorragia puede presentarse durante las primeras 24 horas del posparto (y en este caso se denomina temprana), o dentro de las seis semanas tras el parto (tardía).

El sangrado puede producirse a un ritmo lento durante varias horas y puede no ser detectado hasta que la mujer entre repentinamente en un shock hipovolémico produciéndole la muerte.²¹

2.2.4.2 Retención de la placenta

Es un cuadro caracterizado por una actividad contráctil insuficiente para desprender o expulsar la placenta. Sus causas pueden ser de orden general o local. Entre las primeras causas se encuentra la atonía uterina, el agotamiento de la actividad contráctil del útero después de un parto prolongado, los manejos que se puede brindar pueden ser:

- Si se observa la placenta, se pide a la mujer que puje para expulsar. Si se puede palpar la placenta en la vagina, se debe extraer.
- Se debe asegurar de que la vejiga esté vacía. Caso contrario se cateteriza la vejiga, si fuera necesario.
- Si la placenta no es expulsada, se administra oxitocina 10 unidades intramuscular (IM), si no se hubiera administrado como parte del manejo activo del tercer período.
- Si la placenta no se expulsa después de 30 minutos de estimulación con oxitocina y el útero está contraído, se debe realizar la tracción controlada del cordón umbilical.
- Si la tracción controlada del cordón no da resultado, se debe intentar la remoción manual de la placenta.
- Un tejido muy adherente puede ser una placenta acreta. Los refuerzos para extraer una placenta que no se separa fácilmente pueden producir un sangrado profuso o una perforación uterina, que usualmente requieren histerectomía.

2.2.4.3 Retención de restos placentarios

Son tejidos placentarios o membranas ovulares que han quedado en la cavidad uterina, 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, entre ellas:

1. 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.

2. Anormalidades en la tercera etapa del parto, dominando en primer término la realización de maniobras intempestivas como el tironeamiento del cordón, alumbramiento manual en forma incompleta, etc.

Puede no haber ningún sangrado aun en caso de retención de fragmentos placentarios.²²

- Se debe extraer los fragmentos placentarios con la mano, con fórceps oval o una cureta gruesa.²³

Los siguientes tipos de retención de restos placentarios son:

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.

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. Esto ocurre por la realización de maniobras apresuradas en el alumbramiento y por la friabilidad o un grado de adherencia acentuada de las membranas.²⁴

2.2.4.4 Procedimiento de revisión de la placenta y anexos ovulares

La revisión de la placenta y anexos ovulares, debe practicarse metódicamente en todos los casos, además debe realizarse por ambas caras de la placenta: materna y fetal. Debe examinarse la superficie de implantación uterina; ésta es lisa, sin irregularidades, dividida por los surcos intercotiledóneos. De faltar un fragmento de cotiledón se visualiza un espacio en el que se halla ausente el revestimiento decidual. En la cara materna, también hay que observar la presencia de infartos placentarios e infiltraciones calcáreas.

Las membranas forman un saco por donde podemos introducir la mano a través del orificio que permitió la salida del feto. Las membranas deben ser examinadas por el lado coriónico.

El examen del cordón umbilical permitirá comprobar, además de las características anatómicas (presencia de vasos sanguíneos, longitud, diámetro), las anomalías de inserción: inserción lateral, marginal o velamentosa.²⁵

2.2.5 FACTORES DE RIESGO DE LA RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS

Hay dos circunstancias que principalmente constituyen situaciones de riesgo; la primera de ellas está relacionada a pacientes con antecedentes obstétricos o con situaciones patológicas bien establecidas; la segunda, y la más importante por su frecuencia, es correspondiente a pacientes que controlan su embarazo y en un momento dado, desarrollan una complicación inesperada. Estas últimas frecuentemente requieren decisiones difíciles y no es extraño que la evolución fetal o materna sea desfavorable. De allí la importancia del diagnóstico precoz a fin de minimizar los efectos negativos sobre el proceso gestacional.

Cada factor suele tener algunas anomalías determinadas y por lo tanto presenta distintos riesgos. Así, ello no implica que la presencia de varios provoque una progresión aritmética de la probabilidad de riesgo y la presencia de los factores en multitud. La identificación de un factor de riesgo, en muchas ocasiones determina una situación sanitaria específica que en ciertos casos provoca la disminución del impacto negativo. De todas maneras, en muchas otras ocasiones, existen serias dudas de que cualquier actuación médica puede minimizar el riesgo de algunos factores por ejemplo (las causas del parto prematuro o bien el retraso del crecimiento intrauterino).²⁵

2.2.6 FACTORES ASOCIADOS A LA RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS

1. Edad

Las cifras entregadas por el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) Chile, categoriza a la población adolescente de 13 a 19 años.

El 3,7% de las mujeres adolescentes chilenas entre 13 y 19 años están embarazadas o en periodo de lactancia. Para el año 2011, existían 41.289 adolescentes embarazadas, sin embargo, se presentan casos de adolescentes que estén amamantando y además se encuentran nuevamente embarazadas.²⁶

El pico de la fertilidad de una mujer se presenta a principios de la década de los 20, desde una perspectiva estrictamente biológica, los mejores 10 años de la vida para concebir y llevar adelante un embarazo son entre los 20 y los 30 años, los óvulos de las mujeres jóvenes tienen menos probabilidades de presentar anomalías congénitas, el riesgo de abortos espontáneos es mucho menor del 10% para las mujeres entre 20 y 30 años.²⁷

La fertilidad empieza a disminuir a partir de los 30 años, más a los 35 años y de forma más notable a los 40-45 años, tienen más dificultad para quedar embarazadas a medida que se hacen mayores, índices de aborto espontáneo o de embarazo ectópico aumentan de forma significativa, también tienen riesgo de presentar diabetes gestacional, preeclampsia, placenta previa, intervenciones quirúrgicas (cesáreas), se presenta más casos de anomalías congénitas.²⁸

2. Paridad

En las multíparas la retención placentaria puede deberse a la disminución del tono uterino por presentar una mayor flacidez en relación a las primíparas. En las primíparas menores de 17 años con un aparato genital insuficientemente desarrollado, infantil puede haber en el alumbramiento anomalías como retención de restos placentarios por deficiencia de contracciones uterinas por lo que no hay una formación casi inmediata del globo de seguridad de Pinard.²⁹

Constituye un factor de riesgo muy importante en el embarazo, parto o puerperio, relacionándose estrechamente con la morbilidad materna, Pues el útero va perdiendo su normalidad fisiológica, las fibras musculares disminuyen su elasticidad y contractilidad, por lo que, durante el parto y alumbramiento, el útero se contrae con escasa energía produciéndose complicaciones a nivel del cuello uterino, lo cual puede ser causa de los partos prolongados, uso de oxitócicos, retención de placenta o de restos placentarios entre otros.³⁰

3. Antecedente de aborto

La población adolescente representa el 20% de la población mundial, de cuyo total cerca del 85% vive en países en vías de desarrollo. Las adolescentes tienen un alto riesgo de embarazos no deseados, lo que se observa con mayor frecuencia en los países en vías de desarrollo, debido a una menor educación en materia de sexualidad y salud reproductiva. Según García Mañón: "Cada año, a nivel mundial, hay 4.5 millones de mujeres jóvenes que recurren al aborto inducido. y de éstas se estima que, en Latinoamérica y el Caribe varían entre aproximadamente trece abortos

anuales por cada mil mujeres de 15 a 19 años en México y alrededor de 36 por cada mil adolescentes en República Dominicana.³¹

En Chile, se estima que el 30% de los embarazos termina en aborto.

Un 20% ocurre en forma subclínica (antes de evidenciarlo con ecografía) y un 10% luego de su detección clínica.

La pérdida reproductiva recurrente es una entidad menos comprendida, en parte por definiciones aún variables. Clásicamente, se define Aborto Recurrente (AR) como la pérdida de tres o más embarazos clínicamente reconocidos en forma consecutiva. Se excluyen embarazos ectópicos y embarazos molares. Esto ocurre en aproximadamente un 1% de la población. Sin embargo, otros lo consideran como dos o más abortos, esta forma es más frecuente y le ocurrirá aproximadamente a un 5% de la población. Esto es muy relevante en parejas en que la mujer tiene más de 35 años o dificultades para embarazarse, la escuela americana define como aborto recurrente a dos abortos consecutivos, en tanto, la europea considera tres abortos consecutivos para referirse a la condición de recurrencia.³²

El aborto en la adolescencia constituye un elemento fundamental que afecta la salud reproductiva de este sector de la sociedad, en Cuba no está penalizado, se realiza de forma institucionalizada y en las adolescentes de forma diferenciada con las mayores garantías posibles, aun así, el aborto no está exento de complicaciones inmediatas, mediatas y tardías que van desde los accidentes anestésicos, perforaciones uterinas, sepsis, hemorragias, enfermedad inflamatoria pélvica e incluso la muerte.³³

4. Antecedente de cesárea

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) establece como valor adecuado o “indicador de calidad asistencial” una tasa superior al 40% de partos vaginales en mujeres con cesárea previa.

El mayor riesgo del parto vaginal después de una cesárea es la rotura uterina. Esta complicación se produce en menos del 1% de los casos, aunque comporta una morbilidad tanto materna como fetal del 10-25%.³⁴

El manejo de las pacientes con cesárea anterior siempre ha sido un tema de constante debate. Obstetras en Europa, Asia y África se inclinaban por una prueba de trabajo de parto, en Estados Unidos se prefería la realización de una cesárea electiva. En los años 1980 y 1990 se incrementó la popularidad de los partos vaginales en pacientes con cesárea anterior, provocando, en 1995, reconsiderar este paradigma en Estados Unidos. El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología declaró que "una mujer con cesárea anterior debería ser aconsejada a intentar un parto vaginal". Estos cambios en el manejo favorecieron el incremento de la tasa de partos vaginales en cesáreas anteriores a 28,3% en 1996. Sin embargo, también incrementaron los reportes de complicaciones materno fetales y rotura uterina y aumentó la tasa de cesáreas a 31,1%.³⁵

En el Perú, cifras proporcionadas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática en un informe presentado el año 2013 revela que el porcentaje de cesáreas para el año 2010 fue del 27,7%. Adicionalmente, la Oficina de Estadística e Informática del Instituto Nacional Materno Perinatal nos arroja que el porcentaje total de partos por cesárea para el año 2014 fue de 37,05% y para el parto vaginal convencional fue del 62.95%.³⁶

El Instituto Nacional Materno Perinatal para el año 2015 registró 21,401 nacimientos, con un índice total de 44% de cesareadas, cifra que está por encima de las metas de la Organización Mundial de la Salud, ya que la OMS considera que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%. De acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión, en la atención de pacientes con antecedente de cesárea se encontró que 32% finalizaron el embarazo por vía vaginal y por cesárea un 68%.³⁷

5. Placenta previa

Una de las complicaciones más temidas de la placenta previa es el acretismo placentario, que se caracteriza por la excesiva invasión del trofoblasto en el miometrio, dando lugar a una hemorragia significativa cuando el Obstetra intenta hacer el alumbramiento de la placenta. Lamentablemente, la placenta previa acreta se ha convertido en una patología cada vez más frecuente. En 1952, de 1.000 mujeres con placenta previa, sólo 2 tenían una placenta acreta asociada. En 1980 la cifra aumentó hasta 40,5/1,000, en 1988 a 99/1.000 y desde 2012 ha superado 150/1.000.³⁸

6. Desprendimiento prematuro de placenta

El desprendimiento prematuro de la placenta, ocurre aproximadamente entre un 0,4 y un 3,5 por ciento de todos los partos. La forma grave, que produce la muerte del feto, se presenta únicamente en alrededor de 1 por cada 500 a 750 partos. Se han propuesto varios mecanismos que explican el desprendimiento prematuro de la placenta. Uno de ellos implica la injuria vascular local, se produce disrupción de los vasos sanguíneos de la decidua basal, condicionada por una arteriolitis. Los vasos sanguíneos de

la decidua se rompen y se produce hemorragia en el espacio retroplacentario.

Otro mecanismo implica un aumento del tono y la presión intramiometrial, con lo que se produce el colapso de las venas. De esta manera, la sangre que llega al útero, tiene dificultades para ser evacuada. Aumenta entonces la presión sanguínea dentro de los espacios intervenosos alcanzando valores muy altos, hasta que se rompen y dan origen al hematoma y al desprendimiento.³⁹

7. Rotura prematura de las membranas

La rotura prematura de membranas (RPM) es la solución de continuidad de la membrana corioamniótica antes del inicio del trabajo de parto. Esta complicación del embarazo tiene una prevalencia del 10% de los embarazos y 20% de los casos ocurre en gestaciones de pretérmino. La RPM en embarazos de pretérmino es responsable de un tercio de los casos de partos prematuros y del 10% de las muertes perinatales; también se asocia a un aumento en la morbilidad materna infecciosa dada por corioamnionitis e infección puerperal. La infección diagnosticada con cultivo de líquido amniótico positivo como factor causal de RPM se ha descrito en 36 a 50% de los casos, porcentaje que aumenta a 75% en pacientes que inician trabajo de parto. La vía más común es la ascendente, a través del paso de microorganismos patógenos desde la vagina o cérvix, hacia decidua, corion, amnios, cavidad amniótica y feto.⁴⁰

8. Parto pretérmino

En Chile, el Ministerio de Salud en su informe técnico del año 2008, informa una incidencia de 0,99% de recién nacidos vivos menores de 32 semanas

en el período 2000-2004. En Hospital Clínico San Borja Arriarán la tasa de prematuros entre 2005 y 2007 fue 7%.

El parto prematuro indicado ocurre por interrupción obligada de la gestación ante una enfermedad materna, fetal u ovular que ponen en riesgo la salud del binomio madre-niño. En estos casos los datos clínicos maternos y de laboratorio suelen ser suficientes para diagnosticar el factor de riesgo, ya que las lesiones placentarias habitualmente inespecíficas y comunes a varias enfermedades maternas y presencia de marcadores histológicos específicos como corioamnionitis.⁴¹

9. Tipos de alumbramiento

a) Alumbramiento dirigido y/o activo: El uso de oxitócicos en este período del parto se le llama alumbramiento activo, a la salida del único o último feto se aplica 10 UI de oxitocina intramuscular.

b) Alumbramiento espontáneo: El desprendimiento de la placenta se produce por efecto de las contracciones uterinas del alumbramiento, sin participación del profesional, quien adopta una conducta expectante ante los signos clínicos de desprendimiento.

c) Alumbramiento manual: El profesional Obstetra interviene para manejar la hemorragia intraparto causada por la retención de la placenta y/o restos placentarios y evitar una muerte materna. Se indica cuando la placenta queda retenida por más de 30 minutos luego de producido el nacimiento en alumbramiento espontáneo, en el alumbramiento dirigido o activo la placenta queda retenida por más de 15 minutos.⁴²

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS OPERATIVOS

1. **Alumbramiento:** Tercera etapa del parto que comprende desde la expulsión del bebé hasta la salida de la placenta y sus anexos.
2. **Alumbramiento Espontáneo:** Desprendimiento de la placenta sin intervención médica.
3. **Alumbramiento dirigido o activo:** Estimulación de la dinámica uterina con oxitocina.
4. **Alumbramiento manual:** Es el desprendimiento manual de restos placentarios.
5. **Retención placentaria:** Persistencia de la placenta en la cavidad uterina después del parto; provocando hemorragias e infección.
6. **Retención de restos placentarios:** Retención de cotiledones o fragmentos placentarios tras la expulsión placentaria incompleta.
7. **Edad materna:** Tiempo transcurrido que vive la gestante desde el nacimiento hasta el presente, expresado en años cumplidos.
8. **Parturienta:** Mujer en trance de trabajo de parto, en cualquiera de sus periodos.
9. **Paridad:** Es el estado de haber parido 1 o más productos de 500g de peso o más, vivo o muerto por vía vaginal y se clasifica en:
10. **Primípara:** Aquella que ha tenido un parto, independiente de la duración.
11. **Multípara:** Mujer que ha tenido dos a cuatro partos.
12. **Gran Multípara:** Mujer que ha tenido de cinco a más partos.
13. **Hemorragia posparto:** Es la pérdida sanguínea superior a 500 ml o un descenso del hematocrito, durante las primeras 24 horas después del parto.

14. Antecedentes de aborto: Interrupción prematura del embarazo en todas sus formas, cuando el mismo no ha cumplido aún las veintidós semanas.

15. Antecedentes de Cesárea: Mujer que ya fue sometida a esta intervención de incisión quirúrgica en el abdomen y el útero para extraer uno o más bebés.

16. Placenta previa: La placenta se implanta de manera total o parcial en la porción inferior de útero, de tal manera que puede ocluir el cuello uterino.

17. Desprendimiento prematuro de placenta: Es la separación parcial o total de la placenta de su inserción normal decidual en el fondo uterino, previa al nacimiento del feto.

18. Rotura prematura de membranas: Es un trastorno que se produce en el embarazo cuando el saco amniótico produce ruptura antes del primer período del parto, es causada con frecuencia por una infección bacteriana.

19. Parto pretérmino: Es el parto que ocurre después de la semana 22 y antes de las 37 semanas.

20. Shock hipovolémico: Es un síndrome complejo que se desarrolla cuando el volumen sanguíneo circulante baja a tal punto que el corazón se vuelve incapaz de bombear sangre al cuerpo.

21. 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.

22. Placenta percreta: Es cuando la placenta se adhiere y crece a través del útero, extendiéndose en ocasiones a los órganos cercanos, como la vejiga.

23. Placenta increta: Es cuando la placenta se adhiere demasiado a la pared muscular del útero.

24. Placenta acreta: Es cuando la placenta se adhiere demasiado a la pared del útero.

25. Oxitocina: Es una hormona que se libera en grandes cantidades tras la distensión del cérvix uterino y la vagina durante el parto, así como la eyección de la leche materna, facilitando por tanto el parto y la lactancia.

26. Membrana de Nitabuch: Está ubicada entre la decidua basal y el corion, se encuentra íntimamente incorporada a la placenta y está constituida por una mezcla de trofoblasto extravellositario, células estromales endometriales, células deciduales, vasos uteroplacentarios y glándulas endometriales, todo ello dentro de una extensa banda de fibrinoide (capa de Nitabuch).

2.4 HIPÓTESIS

La retención de restos placentarios está asociada a: edad, paridad, antecedentes de aborto, desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, antecedente de cesárea, rotura prematura de membranas, parto pretérmino y tipo de alumbramiento en parturientas atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho, años 2010-2015.

2.5 VARIABLE DE ESTUDIO

VARIABLE INDEPENDIENTE:

- Factores asociados: Edad, paridad, antecedentes de aborto, antecedente de cesárea, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, rotura prematura de membranas, parto pretérmino, tipo de alumbramiento.

VARIABLE DEPENDIENTE:

- Retención de restos placentarios.

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Aplicada - cuantitativa

3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Retrospectivo, descriptivo, transversal.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN EN ESTUDIO

Conformada por 17,053 historias clínicas de parturientas atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho durante los años 2010 al 2015 que cumplieron con los criterios de selección.

MUESTRA

Constituida por todas las historias clínicas de la población en estudio.

3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Historias clínicas de parturientas con un rango de 13 a 45 años de edad con datos completos, registradas en el Sistema de Información Perinatal (SIP).

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Historias clínicas de parturientas con datos incompletos, registradas en el Sistema de Información Perinatal (SIP).
- Historias clínicas de parturientas con errores de digitación, registradas en el Sistema de Información Perinatal (SIP).

3.5 UNIDAD DE INFORMACIÓN

Cada historia clínica de parturientas que cumplieron con los criterios de selección.

3.6 TÉCNICAS

Extracción de datos de las historias clínicas registradas en el Sistema de Información Perinatal (SIP).

3.7 INSTRUMENTOS

Ficha estructurada.

Historias clínicas.

3.8 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el inicio de recolección de datos se elaboró una documentación dirigida a la decanatura de la Facultad de Ciencias de la Salud, lo cual solicitó la autorización para acceder a la Unidad de Capacitación y Docencia (UCD) del Hospital Regional de Ayacucho, quien facilitó la entrega de un memorándum al área de Ginecología y Obstetricia, donde se aceptó brindar las facilidades necesarias para acceder al Sistema de Información Perinatal (SIP) y obtener datos de acuerdo al trabajo de investigación con los criterios de inclusión y exclusión extraídos en un archivo Excel, guardando la confidencialidad e identidad de la población en estudio.

3.9 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para el procesamiento y análisis de datos se hizo uso de la informática. La base de datos recopilados del Sistema de Información Perinatal en Excel fue revisada y depurada en función al criterio de inclusión y exclusión, luego fueron trasladados al Software estadístico SPSS versión 21 para su procesamiento y posterior análisis.

Los datos fueron procesados y los resultados presentados en tablas estadísticas, los mismos que fueron analizados con técnicas estadísticas descriptivas: tablas estadísticas con frecuencias absolutas y porcentajes, medidas descriptivas (media, mediana, moda, desviación estándar y coeficiente de variación) y analíticas como la prueba estadística Chi Cuadrado de Independencia para determinar la independencia de la retención de restos placentarios con las características consideradas como factores de riesgo, tomando el valor de $p < 0,05$ como significativo y en los casos de tablas dicotómicas se utilizó la Chi cuadrado con la corrección de continuidad de Yates, así mismo se usó medidas de asociación como el coeficiente de contingencia, el Odds Ratio, con intervalo de confianza al 95%, para identificar los factores de riesgo.

CAPITULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

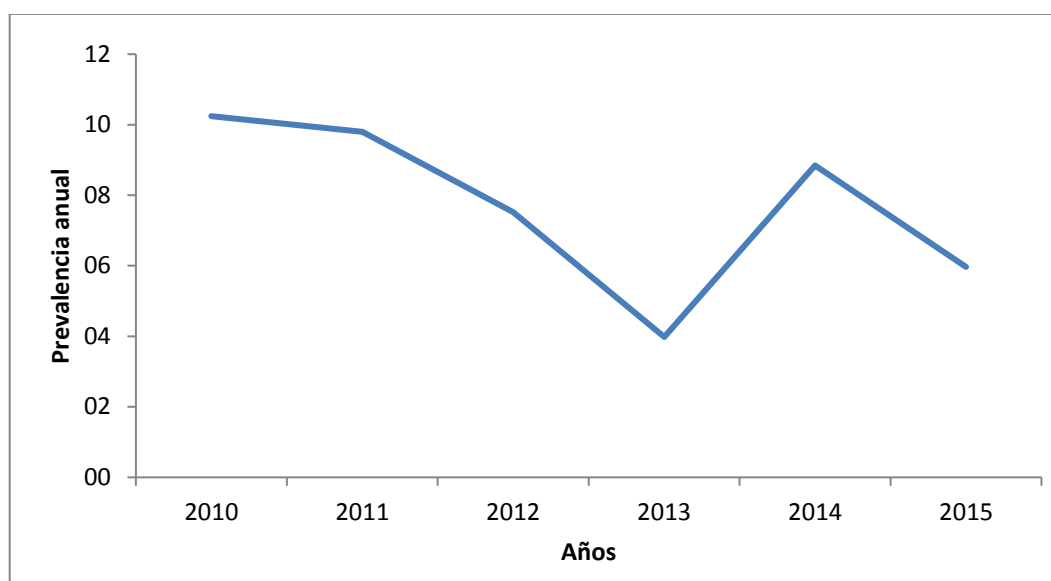


GRÁFICO N°01. PREVALENCIA DE RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS EN PARTURIENTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. 2010 - 2015

Fuente: Historias clínicas registradas en el Sistema Informático Perinatal.

El gráfico muestra la tendencia de prevalencia de la retención de restos placentarios a través de los seis años de estudio, se observa que del 2010 al 2013 los casos fueron disminuyendo de 10,2% a 4,0%, respectivamente. El año 2014 nuevamente se eleva la prevalencia a 8.8%, para luego ir disminuyendo el 2015 a 6,0%.

Se puede evidenciar en la prevalencia de la retención de restos placentarios, una cierta tendencia a disminuir, lo cual se explicaría por las estrategias de intervención asumidas, la presencia de Guías y Protocolos más actualizados que en parte han contribuido a disminuir las complicaciones de esta etapa del puerperio inmediato.

TABLA N°01

FRECUENCIA DE RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS EN PARTURIENTAS. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. 2010 -2015.

Retención de restos placentarios	N°	%
Sí	1328	7,8
No	15725	92,2
Total	17053	100,0

Fuente: Historias clínicas registradas en el Sistema Informático Perinatal.

Teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión se estudiaron a 17053 parturientas atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho en el período 2010 al 2015, de las cuales 1328 presentaron retención de restos placentarios representando el 7,8% del total.

La retención de restos placentarios es una de las principales complicaciones que se presenta en el tercer periodo del parto y en el presente estudio se asoció a factores como la edad de 13 a 19, la gran multiparidad, la ruptura prematura de membranas, el parto pretérmino, el mayor número de abortos y el alumbramiento espontáneo.

Rivero, M. y Col (2011), en Argentina hallaron como causas principales de hemorragia posparto a la hipotonía uterina y retención de restos placentarios con igual porcentaje (37.5%).⁴³

De La Gálvez (2009), en su estudio realizado en Bolivia, señala que contrariamente a la hipótesis en cuanto a la existencia de más hemorragias por atonía uterina que por retención de placenta, en el contexto de los establecimientos de salud, esta última representó en 2005 el 59,2% de las hemorragias posparto.⁴⁴

Arone, S. (1997), En su investigación “Incidencia de retención de restos placentarios y factores asociados en el Hospital Maternidad de Lima, reporta una incidencia de retención de restos placentarios de 0.899%, año 1997.¹⁶

Chihuán y Palomino (2007), En su trabajo de investigación “Causas de hemorragia post alumbramiento dirigido, en parturientas del servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho, determinaron que el 3.9% presentaron hemorragias debido a retención de restos placentarios y el 2.3% por retención placentaria.¹⁸

Palacios y Palomino (2010), reportó en su investigación que la frecuencia de retención de restos placentarios en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho, fue de 17.7% en el año 2010.¹⁹

Los resultados obtenidos por Rivero, De la Gálvez, Arone, Chihuán y Palacios no coinciden con los hallados en la presente investigación.

TABLA N°02

**CARACTERÍSTICAS DE PARTURIENTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
REGIONAL DE AYACUCHO. 2010 -2015.**

CARACTERÍSTICAS	CATEGORÍAS	N°	%	MEDIDAS DESCRIPTIVAS
	TOTAL	17053	100,0	
Edad	Adolescente	3698	21,7	Media=26,3 años
	Joven	8395	49,2	Mediana=25 años
	Adulta	4960	29,1	Moda= 18 años D.E.=7,3 años, C.V%= 27,9%
Paridad	Primípara	7775	45,6	
	Múltipara	7645	44,8	Moda=Primípara
	Gran múltipara	1633	9,6	
Antecedentes de abortos	Sin antecedente	12596	73,9	Moda=sin antecedente
	1 – 3	4421	25,9	
	4 – 8	36	0,2	
Antecedente de Cesárea	Sí	2075	12,2	Moda= No
	No	14978	87,8	
Ruptura prematura de membranas	Si	1996	11,7	Moda= No
	No	15057	88,3	
Placenta previa	Si	242	1,4	Moda= No
	No	16811	98,6	
Desprendimiento prematuro de placenta	Si	169	1,0	Moda= No
	No	16884	99,0	
Parto pre término	Si	1049	6,2	Moda= No
	No	16004	93,8	
Alumbramiento	Espontaneo	203	1,2	
	Activo	9583	56,2	Moda= Activo
	Manual	7267	42,6	

Fuente: Historias clínicas registradas en el Sistema Informático Perinatal.

En el estudio se consideró a parturientas de 13 a 45 años de edad, la mayoría de ellas de 18 años (moda), el 50% de las parturientas tienen de 13 a 25 años de edad (mediana), con una edad promedio de 26,3 años y una desviación estándar (DE) de 7,3 años, el coeficiente de variación de 27,9% nos indica la representatividad de la edad promedio.

En los antecedentes de las parturientas se observa que, respecto a la paridad, 45,6% fueron primíparas, 44,8% multíparas y el 9,6% gran multíparas; la mayoría no presentaron antecedentes de abortos (73,9%), sin embargo, el 26,1% sí presentaron antecedentes de aborto (1 a 8); en lo que corresponde antecedentes de cesáreas, al 12,2% se les practicó una o más cesáreas.

Dentro de las patologías observadas en las parturientas en estudio, se presentó ruptura prematura de membranas en el 11,7%, placenta previa en el 1,4% (242 casos).

El desprendimiento prematuro de placenta se presentó en el 1% de los casos (169), el 6,2% fueron partos pre términos (11049); se realizó un alumbramiento activo en la mayoría de las parturientas (56,2%) y manual en el 42,6%.

TABLA N°03

RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS EN RELACIÓN A LA EDAD DE LA MADRE. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. 2010 -2015.

Edad (años)	Retención de restos placentarios				Total	
	Si		No			
	N°	%	N°	%	N°	%
Adolescente (13 a 19)	353	9,5	3345	90,5	3698	100,0
Joven (20 a30)	580	6,9	7815	93,1	8395	100,0
Adulta (31 a 45)	395	8,0	4565	92,0	4960	100,0
Total	1328	7,8	15725	92,2	17053	100,0

Fuente: Historias clínicas registradas en el Sistema Informático Perinatal.

$$\chi_c^2 = 25,158 \quad \chi_t^2 = 5,99 \quad p = 0,000 < 0,05$$

En el cuadro se puede observar que en el grupo de adolescentes (13-19), el 9,5% presentaron retención de restos placentarios, el grupo de mayor edad (31-45) fue de 8,0%; en lo que corresponde al grupo de parturientas con edades de 20 a 30 años, los casos presentados con retención de restos placentarios fueron menor que en los otros grupos 6,9%. Estos resultados muestran que la retención de restos placentarios y la edad son dependientes.

Lo anterior es confirmado mediante la prueba de independencia Chi Cuadrado, cuyo estadístico de prueba calculado proporciona un valor de $\chi_c^2 = 25,158$ y un p-valor de 0,000, comparando estos valores con el valor del Chi Cuadrado tabular $\chi_t^2 = 5,99$ a un nivel de significancia del 5%, indica dependencia entre la retención de restos placentarios y la edad; sin embargo el coeficiente de contingencia = 0,038 indica poca asociación entre las dos características, el p valor = 0,000 <0,05, señala que existe

una probabilidad menor al 5% de que el resultado obtenido sea atribuido al azar.

Causa E. (2006) en un estudio realizado en Tacna, reporta que la posibilidad o riesgo de retención de restos placentarios (Odds ratio) según grupos etáreos, se evidenció un incremento del riesgo en el grupo de >36 años con O.R.=3.36, con significancia estadística ($p>0.02$).⁴⁵

En un estudio comparativo entre gestantes adolescentes y adultas, se reporta que la infección puerperal y la retención de restos placentarios se dio en mayor frecuencia en el grupo adolescente.⁴⁶

El embarazo en la adolescencia implica alto riesgo para la salud de la madre, del feto y del recién nacido. Los riesgos derivan de dos factores: una de tipo biológica y la otra condicionada por factores psicosociales. En lo biológico, los peligros están determinados por la inmadurez de las estructuras pélvicas y del sistema reproductor en general.⁴⁷

Las mujeres con edades avanzadas aumentan progresivamente el riesgo de presentar complicaciones en el parto, como la retención de restos placentarios, debido a los cambios hormonales, la fisiología, funcionamiento del aparato reproductor, también al mayor número de embarazos y malos antecedentes obstétricos que puedan acumular.

Prado y Soto (2001), Reportó en su investigación sobre las complicaciones en el alumbramiento en parturientas adolescentes y adultas atendidas en el Hospital Regional De Ayacucho y San Juan De Dios Pisco-Ica, en Ayacucho que el 22.45% de adolescentes y el 17.35% de adultas presentaron retención de restos placentarios, en tanto que en Pisco-Ica fue del 17.65% para las adultas y un 10.78% correspondió a las adolescentes.¹⁷

Chihuán y Palomino (2007), señalan que la mayor frecuencia de retención de restos placentarios como causa de hemorragia posparto se presentó en adolescentes, con un 40%, del total de mujeres con esta complicación del alumbramiento.¹⁸

Palacios y Palomino (2010), en su investigación demostraron que, en el grupo de puérperas con retención de restos placentarios, el mayor porcentaje (15.3%), tenían edades mayores a 19 años y sólo el 2.5% menor a 19 años.¹⁹

Los resultados obtenidos por Prado Y Chihuán en Ayacucho, concuerda con el trabajo de investigación realizado.

TABLA N°04

RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS EN RELACIÓN A LA PARIDAD EN PARTURIENTAS. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO.2010 -2015.

Paridad	Retención de restos placentarios				Total	
	Si		No			
	N°	%	N°	%	N°	%
Primípara	602	7,7	7173	92,3	7775	100,0
Múltipara	547	7,2	7098	92,8	7645	100,0
Gran Múltipara	179	11,0	1454	89,0	1633	100,0
Total	1328	7,8	15725	92,2	17053	100,0

Fuente: Historias clínicas registradas en el Sistema Informático Perinatal

$$\chi_c^2 = 27,189 \quad \chi_t^2 = 5,99 \quad p = 0.000 < 0,05$$

La tabla muestra que la retención de restos placentarios (RRP) se dio en el 11,0% en mujeres gran múltiparas, 7,7% en primíparas y 7,2% en múltiparas lo que indica que existe mayor riesgo de retención de restos placentarios en mujeres con 5 o más partos (gran múltiparas), seguido de primíparas y múltiparas. Las que presentaron menos riesgos fueron las múltiparas.

La prueba Chi cuadrado de independencia de variables indica que la paridad y la retención de restos placentarios son dependientes ($\chi_c^2 = 27,189 > \chi_t^2 = 5,99$ ($p=0,000<0,05$), el coeficiente de contingencia $C=0,040$ revela poca asociación entre estas características, pero ésta es significativa ($p=0,0000$).

El miometrio es el componente muscular del útero y está compuesto por fibras musculares oblicuas que rodean a los vasos sanguíneos. Durante el alumbramiento estas fibras musculares se contraen y se retraen. En las gran múltiparas se va a dar una notable disminución del tono de las paredes

uterinas, ocasionando un riesgo mayor para ella y para el producto, y si se asocia a factores que predisponen la retención de restos placentarios van a contribuir a una mayor morbilidad derivada de la atonía uterina, conllevando por tanto a las hemorragias posparto.

Causa E. (2006) demuestra un incremento del riesgo de retención de restos placentarios conforme aumenta el número de partos previos, (Odds ratio) desde 1.15 para las nulíparas hasta 2.11 para las gran multíparas ($p < 0.05$).⁴⁵

Palacios y Palomino (2010), Halló que, en el grupo de puérperas con retención de restos placentarios, el 9.4% fueron multíparas y el 8.4% fueron primíparas.¹⁹

Chihuán y Palomino (2007), Reportaron que la mayor frecuencia de retención de restos placentarios como causa de hemorragia posparto, se presentó en multíparas 1.6%, seguido de las primíparas 0.8% del total de mujeres con esta complicación del alumbramiento.¹⁸

Pritchard, A. (2002), consigna que entre los factores que pueden aumentar el riesgo de hemorragia, se incluyen: la multiparidad con el 27%.¹²

Los resultados obtenidos por Causa y Palacios en Ayacucho, concuerda con el trabajo de investigación realizado.

TABLA N°05

RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS EN RELACIÓN
AL ANTECEDENTE DE CESÁREA EN PARTURIENTAS.
HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO.2010 -2015.

Antecedentes de cesárea	Retención de restos placentarios				Total	
	Si		No			
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	96	4,6	1979	95,4	2075	100,0
No	1232	8,2	13746	91,8	14978	100,0
Total	1328	7,8	15725	92,2	17053	100,0

Fuente: Historias clínicas registradas en el Sistema Informático Perinatal

$$\chi_c^2 = 32,372 \quad \chi_t^2 = 3,84 \quad p = 0.000 < 0,05$$

De la población en estudio, el 4,6% presentó antecedentes de cesárea.

La retención de restos placentarios fue de 8,2% en el grupo de mujeres que no fueron sometidas a cesáreas, mientras que para el grupo de parturientas que fueron intervenidas quirúrgicamente este porcentaje fue de 4,6%.

La prueba Chi cuadrado permite verificar la dependencia entre estas dos variables, para el presente caso, el estadístico de prueba Chi cuadrado con corrección por continuidad es $\chi_c^2 = 32,372 > \chi_t^2 = 3,84$ el p- valor=0,000 <0,05 es significativo, lo que permite afirmar que la retención de restos placentarios y los antecedentes de cesáreas están relacionados, sin embargo, esta asociación es muy débil (C=0.044).

Cabe señalar que existen otros factores que estarían influyendo en la presencia de restos placentarios, más no el antecedente de cesáreas en nuestro estudio.

La bibliografía reporta que las mujeres con antecedente de cesárea tienen un mayor riesgo de presentar complicaciones en un posterior parto vaginal

como la retención de restos placentarios, debido a que, la cesárea es un procedimiento quirúrgico mayor que como tal está relacionado con cicatrices que pueden conllevar a inserciones placentarias anómalas.

Por otro lado, el acretismo placentario es una entidad que incrementa considerablemente la morbilidad materna y fetal.³⁸

las intervenciones quirúrgicas (cesáreas), es la conducta que se debe presentar frente a una situación de riesgo materno, mas no a una decisión propia que conllevaría a una posterior complicación materna y neonatal.⁴⁶

Los resultados obtenidos en el trabajo de investigación no se realizó la comparación de datos estadísticos con otros estudios, debido a la falta de información en el tema.

TABLA N°06

RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS EN RELACIÓN A LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN PARTURIENTAS. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. 2010 -2015.

Ruptura prematura de membranas	Retención de restos placentarios				Total	
	Si		No			
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	181	9,1	1815	90,9	1996	100,0
No	1147	7,6	13910	92,4	15057	100,0
Total	1328	7,8	15725	92,2	17053	100,0

Fuente: Historias clínicas registradas en el Sistema Informático Perinatal

$$\chi_c^2 = 4,963 \quad \chi_t^2 = 3,84 \quad p = 0.026 < 0,05 \quad OR = 1,209 \quad IC = < 1,026, 1,42 >$$

Del total de parturientas que presentaron ruptura prematura de membranas el 9,1% presentó retención de restos placentarios, mientras el grupo de mujeres que no presentaron ruptura prematura de membranas el 7,6% tuvo retención de restos placentarios, siendo ligeramente mayor el porcentaje de casos en el primer grupo.

El valor de la estadística de prueba Chi cuadrado para contrastar la independencia entre la retención de restos placentarios y la ruptura prematura de membranas de 4,963 > al valor crítico de 3.84 ($\chi_c^2 = 4,963 > \chi_t^2 = 3,84$) y el $p=0,026<0.05$ indica que existe dependencia entre estas variables, el $OR=1,209$ y el $IC=<1,026, 1,425>$ sugiere que la ruptura prematura de membranas puede ser considerado para nuestro estudio como factor de riesgo para la retención de restos placentarios a un nivel de confianza del 95%.

La evidencia actual sugiere que la RPM es un proceso multifactorial que puede ser afectado por factores bioquímicos, fisiológicos, patológicos y ambientales.

El debilitamiento de las membranas corioamniótica puede ocurrir como resultado de cambios fisiológicos en las mismas, combinados con fuerzas de cizallamiento producidas por la fuerza de las contracciones.⁴⁷

Manzanarez M. y Col (2015), en un estudio cuyo objetivo fue identificar las principales causas de hemorragia posparto en el puerperio inmediato en 157 nacimientos vaginales a término que presentaron hemorragia post parto reportan como resultados más importantes a las patologías durante el embarazo siendo las más frecuentes la preclampsia moderada, seguido de la anemia moderada y ruptura prematura de membranas menor de 12 horas.⁴⁸

Los resultados obtenidos en el trabajo de investigación no se realizó la comparación de datos estadísticos con otros estudios, debido a la falta de información en el tema.

TABLA N°07

RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS EN RELACIÓN A LA PLACENTA PREVIA EN PARTURIENTAS. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. 2010-2015

Placenta previa	Retención de restos placentarios				Total	
	Si		No			
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	7	2,9	235	97,1	242	100,0
No	1321	7,9	15490	92,1	16811	100,0
Total	1328	7,8	15725	92,2	17053	100,0

Fuente: Historias clínicas registradas en el Sistema Informático Perinatal

$$\chi_c^2 = 7,514 \quad \chi_t^2 = 3,84 \quad p = 0,006 < 0,05 \quad , \Phi = -0,022, p = 0,004$$

La presencia de placenta previa en parturientas durante el período en estudio se dio en 242 casos, representando el 1,42% del total.

Del análisis del cuadro comparando la presencia de retención de restos placentarios en los grupos de mujeres sin y con placenta previa, se observó que es más alto el porcentaje en las que no tuvieron esta patología (7,9%) frente al otro grupo que sí presentó retención de restos placentarios (2,9%).

El valor de la estadística de prueba Chi cuadrado de $7,514 > \chi_t^2 = 3,84$ (valor crítico) y el p-valor = 0,006 muestran dependencia estadísticamente significativa entre la retención de restos placentarios y placenta previa, sin embargo, la asociación presentada entre estas características es débil ($\Phi = -0,022, p = 0,004$).

Lira J. y Col (1995), en un estudio realizado en México encontró que, en 210 casos de placenta previa el 17,6% presentó acretismo placentario, La edad media de las pacientes fue de 31 años, y el grupo de mayor riesgo fue el de 35 a 39 años con 26% de acretismo placentario.⁴⁹

TABLA N°08

RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS EN RELACIÓN AL
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA EN PARTURIENTAS.
HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. 2010 -2015.

Desprendimiento prematureo de placenta	Retención de restos placentarios				Total	
	Si		No			
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	5	3,0	164	97,0	169	100,0
No	1323	7,8	15561	92,2	16884	100,0
Total	1328	7,8	15725	92,2	17053	100,0

Fuente: Historias clínicas registradas en el Sistema Informático Perinatal

$$\chi_c^2 = 4,884 \quad \chi_t^2 = 3,84 \quad p = 0.027 < 0,05$$

Durante el periodo en estudio, se registraron 169 casos de desprendimiento prematuro de placenta, que representa aproximadamente el 1,0% del total de partos observados.

La retención de restos placentarios ocurridos en los grupos de parturientas con y sin desprendimiento prematuro de placenta (DPP) es de 3,0% y 7,8%, respectivamente; siendo mucho mayor en el grupo que no presentó DPP.

La prueba de independencia estadística entre estas variables, indican que existe dependencia entre la retención de restos placentarios y el desprendimiento prematuro de placenta ($\chi_c^2 = 4,884 > \chi_t^2 = 3,84$, p-valor=0,027<0,05).

Pacora, P. (2005), en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño de Lima, realizó un estudio retrospectivo de todos los casos de DPP, donde muestra las características de las mujeres que presentaron desprendimiento prematuro de placenta, comparado con la población general, cuyos resultados fueron que las gestantes con DPP, además de presentar en forma significativa mayor probabilidad de hemorragia en el embarazo

también presentan sangrado vaginal en el puerperio, así como infección puerperal entre otros.⁵⁰

Pritchard, A. (2002): Determinó que entre los factores que pueden aumentar el riesgo de hemorragia, se incluyen al desprendimiento temprano de la placenta implantada en el útero con el 15%.¹²

Los resultados obtenidos en el trabajo de investigación no se realizó la comparación de datos estadísticos con otros estudios, debido a la falta de información en el tema.

TABLA N°09

RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS EN RELACIÓN AL PARTO PRETÉRMINO EN PARTURIENTAS. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. 2010 -2015.

Parto Pretérmino	Retención de restos placentarios				Total	
	Si		No			
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	209	19,9	840	80,1	1049	100,0
No	1119	7,0	14885	93,0	16004	100,0
Total	1328	7,8	15725	92,2	17053	100,0

Fuente: Historias clínicas registradas en el Sistema Informático Perinatal.

$$\chi^2_c = 227,463 \quad \chi^2_t = 3,84 \quad p = 0.000 < 0,05 \quad OR = 3,310, IC: < 2,811, 3,89 >$$

Se observaron 1049 casos de parto pretérmino (6,15%) de los 17053 partos en estudio.

En el grupo de parturientas que presentaron parto pretérmino el porcentaje de casos con retención de restos placentarios fue de 19,9% en cambio el grupo de parturientas que no presentó parto pretérmino (PPT), los casos con retención de restos placentarios (RRP) fue de 7,0%;

El valor de la estadística de prueba para contrastar la independencia entre estas características, indica que la retención de restos placentarios y el parto pretérmino son dependientes ($\chi^2_c = 227,463 > \chi^2_t = 3,84$, p-valor= 0,000<0,05); el OR= 3,310, IC=<2,811, 3,897> muestra que la ocurrencia de parto pretérmino se asocia a la mayor ocurrencia de retención de restos placentarios. Por lo tanto, para nuestro estudio el parto pretérmino es un factor de riesgo de la RRP.

El parto pretérmino es una complicación materno-neonatal que está asociado con un alto porcentaje de presentar hemorragia posparto y retención de restos placentarios, conllevando a una muerte neonatal.

Dombrowski M. y Col (1995), encontraron una incidencia mayor de retención de placenta en los embarazos de 20 a 26 semanas (OR 20.8 IC95% 17.1-25.4) y en los embarazos menores de 37 semanas (OR 3.0 IC95% 2.6- 3.5), comparados con los embarazos a término.⁵¹

Causa E. (2006), en su investigación demuestra un incremento del riesgo de retención de restos placentarios conforme disminuye la edad gestacional fundamentalmente en aquellas que tienen <36 semanas de gestación, (Odds ratio) 7,19 ($p < 0.00001$) lo cual es estadísticamente muy significativo.⁴⁵

Chihuán y Palomino (2007), reportó en su trabajo de investigación que del 3.9% de parturientas que presentaron retención de restos placentarios, el 1.6% tenían 38 semanas de gestación, el 0.8% tenían 36 y 37 semanas de gestación, respectivamente.¹⁸

Gonzáles y Malhuayza (2013), en su estudio sobre complicaciones materno perinatales en gestantes adolescentes con parto pretérmino, hallaron que el 43.3% presentaron retención de restos placentarios.⁵²

Los resultados obtenidos por Chihuán no coinciden con los nuestros, en tanto que lo hallado por Causa y Gonzáles sí se asemeja a lo encontrado en nuestra investigación.

TABLA N°10

RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS EN RELACIÓN AL NÚMERO DE ABORTOS EN PARTURIENTAS. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. 2010 -2015.

Número de abortos	Retención de restos placentarios				Total	
	Si		No			
	N°	%	N°	%	N°	%
Sin antecedente	1023	8,1	11573	91,9	12596	100,0
1 – 3	300	6,8	4121	93,2	4421	100,0
4 – 8	5	14,3	30	85,7	35	100,0
Total	1328	7,8	15725	92,2	17053	100,0

Fuente: Historias clínicas registradas en el Sistema Informático Perinatal.

$$\chi_c^2 = 10,193 \quad \chi_t^2 = 5,99 \quad p = 0.006 < 0,05$$

Teniendo en cuenta el número de abortos, se observa que existe mayor porcentaje 14,3% de casos de retención de restos placentarios en mujeres que tuvieron de 4 a 8 abortos, seguido de aquellas mujeres sin antecedentes de aborto 8,1%, y finalmente el 6,8% de los casos presentados en mujeres con antecedentes de 1 a 3 abortos.

Estas diferencias en los porcentajes de retención de restos placentarios según el número de abortos muestran que existe dependencia estadística entre estas dos características ($\chi_c^2 = 10,193 > \chi_t^2 = 5,99$, p-valor 0,006<0,05).

Tam W. y Col. (2002), en un estudio muestra que las mujeres que fueron tratadas por un aborto involuntario con misoprostol no desarrollaron adherencias intrauterinas, mientras que el 7.7% de las que fueron sometidas a un legrado sí desarrollaron adherencias.⁵³

Causa E. (2006), señala que la frecuencia de pacientes con antecedentes

de abortos en el grupo de casos fue 14.8% y en el grupo control 17%, representando un riesgo de retención de restos placentarios (Odds Ratio) de 0.85 veces para las pacientes con antecedentes de abortos.⁴⁵

El aborto es la primera causa directa de la mortalidad materna en países en vías de desarrollo, por presentar hemorragias e infecciones que complican la salud materna, según la cantidad de abortos que se realiza la mujer tendrá la posibilidad de presentar mayor riesgo, conllevando a debilitar lentamente el funcionamiento del aparato reproductor femenino.

Cuando el legrado uterino es realizado con técnicas incorrectas, se puede extraer parte de la capa basal, generando posteriormente alto riesgo de implantaciones placentarias anómalas que van a generar placentas acretas parciales o totales y que según la intensidad de afectación pueden ocasionar problemas de retención de restos placentarios en el alumbramiento, además las complicaciones tardías son las adherencias o sinequias uterinas.

El resultado obtenido por Causa sí se asemeja a lo encontrado en nuestra investigación.

TABLA N°11

RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS EN RELACIÓN AL TIPO DE ALUMBRAMIENTO EN PARTURIENTAS. HOSPITAL REGIONAL DE

Alumbramiento	Retención de restos placentarios				Total	
	Si		No			
	N°	%	N°	%	N°	%
Espontaneo	27	13,3	176	86,7	203	100,0
Activo	1230	12,8	8353	87,2	9583	100,0
Manual	71	1,0	7196	99,0	7267	100,0
Total	1328	7,8	15725	92,2	17053	100,0

Fuente: Historias clínicas registradas en el Sistema Informático Perinatal.

$$\chi^2_c = 817,992 \quad \chi^2_t = 5,99 \quad p = 0,000 < 0,05$$

En la tabla se observa que en el alumbramiento espontáneo el 13.3% presentó restos placentarios, del grupo de alumbramientos activos el 12,8% presentó restos placentarios, en tanto que, en el alumbramiento manual, el 1,0% corresponde a retención de restos placentarios.

Los diferentes porcentajes de retención de restos placentarios observados en cada tipo de alumbramiento indican que estas características están relacionadas, lo que es verificado con la prueba Chi cuadrado cuya estadística de prueba igual a 817,992 es mayor al valor crítico de 5,99 y el p valor =0,000 <0,05 es estadísticamente significativo.

De acuerdo al tipo de alumbramiento se presentan complicaciones que repercuten en la salud materna, el alumbramiento espontáneo como proceso fisiológico, el alumbramiento dirigido con la administración de oxitócicos y el alumbramiento manual con la intervención digital del profesional, son tipos de alumbramiento que presentan porcentajes de riesgos en la salud materna, por presentar como complicación la retención

de restos placentarios en los diferentes tipos de alumbramiento.

La revisión bibliográfica consigna que el alumbramiento espontáneo concurre con una mayor frecuencia de hemorragias posparto por atonía y/o retención de restos placentarios principalmente, en relación al alumbramiento dirigido, pues al tener una conducta expectante se deja actuar al fisiologismo que no siempre se cumple porque pueden coexistir otros factores que impidan se cumpla este proceso, conllevando finalmente a la hemorragia posparto (HPP).

Es de conocimiento que el manejo activo del alumbramiento que consiste en medidas y procedimientos que facilitan la expulsión de la placenta en el menor tiempo posible, va a posibilitar una menor pérdida sanguínea, al reducir tanto la frecuencia de retención de restos placentarios como las atonías uterinas y el Hospital Regional de Ayacucho, tiene establecido como una estrategia el alumbramiento dirigido dentro de sus Guías y Protocolos de atención con el fin de contribuir en la reducción de los indicadores de morbilidad y mortalidad materna y neonatal.

Carroli, G. (2005), en su investigación. Factores externos asociados a la retención de restos placentarios, demostraron que en un 45% las maniobras de extracción de la placenta mal ejecutadas tanto en técnica como en tiempo, conducen a la mayor retención de restos placentarios y membranas ovulares (corion-amnios).¹⁵

Causa E. (2006), hallaron como un factor protector, el mecanismo de alumbramiento dirigido con O.R.= 0,38 y el mecanismo de alumbramiento espontáneo presentó riesgos de retención de restos placentarios O.R.= 2,43.⁴⁵

Chihuán y Palomino (2007). Reportó en su investigación realizada en 128 parturientas en el servicio de Gineco-Obstetricia, con alumbramiento dirigido, que el 82,8% no presentaron hemorragia pos alumbramiento dirigido, mientras que el 17,2% si presentaron dicha patología, de ellas el 10,9% fue por atonía uterina y el 3,9% por retención de restos placentarios y por último el 2,3% por retención placentaria.¹⁸

Quispe y Riveros (2008), Reportó en su investigación que del 100% de parturientas en estudio, al 52,5% se les administró oxitocina por vía intramuscular, de ellas el 23,8% presentaron retención de restos placentarios.²⁹

Los resultados obtenidos por Carroli, y Chihuán no coinciden con los nuestros, en tanto que lo hallado por Causa y Quispe sí se asemeja a lo encontrado en nuestra investigación.

CONCLUSIONES

1. El número de parturientas en el período de estudio 2010 al 2015 fue de 17053, de las cuales 1328 casos presentaron retención de restos placentarios representando el 7,8% del total.
2. Respecto a la evolución de las hemorragias por retención de restos placentarios, se evidencia una cierta tendencia a disminuir.
3. La ruptura prematura de membranas y el parto pretérmino pueden ser considerados para nuestro estudio como factores de riesgo para la retención de restos placentarios.
4. Existe dependencia entre la retención de restos placentarios y los siguientes factores: Edad (adolescentes), paridad (gran multíparas), tipo de alumbramiento (espontáneo) y el mayor número de abortos.
5. El antecedente de cesárea, la placenta previa y el desprendimiento prematuro de placenta si bien presentaron dependencia estadística significativa, sin embargo, presentaron una asociación bastante débil.

RECOMENDACIONES

1. Se debe realizar el monitoreo estricto durante la atención del parto, alumbramiento y el puerperio inmediato para evitar complicaciones como la retención de restos placentarios, que ocasionen una muerte materna.
2. Promover la realización de cursos de actualización en el manejo de la hemorragia posparto, enfatizando la retención de restos placentarios con la finalidad de disminuir la morbilidad por esta causa.
3. Continuar con trabajos de investigación prospectivos relacionados a la retención de restos placentarios, para identificar los factores de riesgo que influyen directamente en esta complicación.
4. Se recomienda a las instituciones de salud donde se realiza la atención de parto, ser capacitados en forma permanente sobre gestantes con factores de riesgo, para disminuir el porcentaje de retención de restos placentarios.
5. El profesional de la salud debe seguir los protocolos vigentes de la guía nacional del Ministerio de Salud para la atención del alumbramiento, con la finalidad de reducir los casos de retención de restos placentarios.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. **OPS. (2003)**, Artículo expuesto en el congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia - Chile. Organización Panamericana de la Salud.
2. **Schwarcz R. y Col. (2008)**, Obstetricia. Periodo placentario normal. Sexta Edición. Editorial El Ateneo. Buenos Aires. Argentina.
3. **González J. y Col (2006)**, Obstetricia 5° Edición. Edit. Masson-Elsevier. España. URL:
<https://www.casadellibro.com/libro-obstetricia-5-ed/9788445816103/1093021>
4. **Pérez P. y Col. (2004)**, Lineamiento técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica. Dirección General de Salud Reproductiva. Venezuela.
5. **Uribe V. (2005)**, Hemorragia obstétrica periparto. Anestesia en Gineco Obstetricia. Volumen 28. Suplemento 1, PP: S131-S132.
6. **SEGO (2015)**, Progreso de Obstetricia y Ginecología. Protocolos SEGO. PP:497-505. España. URL:
<http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-seccion-protocolos-sego-17015>
7. **Can, M. (2004)**. Alumbramiento espontáneo y Alumbramiento dirigido en relación a retención placentaria. Editorial La Luz N°17. España.
8. **MINSA. (2014)**, Dirección de epidemiología. Ministerio de Salud 2014. Lima. Perú.
9. **MINSA, (2015)**. Boletín epidemiológico número 36. Ministerio de Salud. Lima. Perú.
10. **Palacios, M. (2015)**, Mortalidad Materna en el Perú. La República. URL:
<http://larepublica.pe/imprensa/opinion/18834-mortalidad-materna-en-el-peru>
11. **Hedrawi, P. (2010)**, Retención de restos placentarios en mujeres de la ciudad de España.
12. **Pritchard, A. (2003)**, Factores asociados a la retención Placentaria. Vol. 70, N°4. Argentina.
13. **Baha y Sibai (2002)**, Causas de la hemorragia post-parto. Colección estudios Sociales. Editorial La Caixa N°10. EE.UU.

- 14. Mitelman G. y Col. (2003)**, Causas de la hemorragia en el puerperio. Colección estudios sociales. Editorial La Nueva, N°15. Paraguay
- 15. Carroli, G. (2005)**, Factores externos asociados a la retención de restos placentarios. Revista latinoamericana. vol.25. N°03. Chile
- 16. Arone, S. (1997)**, Incidencia de la retención de Restos Placentarios y Factores Asociados en el Hospital Maternidad de Lima y el Hospital de Apoyo de Ayacucho. Universidad Nacional De San Cristóbal De Huamanga. Ayacucho-Perú.
- 17. Prado y Soto (2001)**, estudio comparativo de las complicaciones en el alumbramiento de parturientas adolescentes y adultas atendidas en el hospital Regional de Ayacucho y San Juan de Dios Pisco - Ica. Ayacucho. Perú.
- 18. Chihuán y Palomino (2007)**, Causas de hemorragia post alumbramiento dirigido. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. Ayacucho. Perú.
- 19. Palacios y Palomino (2010)**, Factores asociados a la retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho enero-abril 2010. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. Ayacucho. Perú.
- 20. Alvarado, J. (2006)**, Manual de obstetricia. Segunda edición. Lima. Perú.
- 21. Martínez, C. (2004)**, Manejo activo del tercer período del parto y la hemorragia postparto en el Hospital Fernando Vélez País en el periodo de 1 de octubre a diciembre del 2004. Managua. Nicaragua.
- 22. Mongrut, A. (2000)**, Tratado de Obstetricia Normal y patológico. Edit. Sesator. Lima. Perú.
- 23. Stephenson, P. (2004)**, Manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto, una práctica simple para prevenir una hemorragia postparto. PATH. Washington. EE.UU
- 24. Pacheco, J. (1999)**, Ginecología y Obstetricia. Edit. Mad corp. Perú.
- 25. Pérez, A. (1996)**, Obstetricia tercera edición. Editorial Mediterráneo. Chile.
- 26. Baeza, A. (2011)**, Embarazo adolescente. La tercera. Chile.

<http://www.latercera.com/noticia/embarazo-adolescente-37-de-las-jovenes-entre-13-y-19-anos-es-madre-o-espera-un-hijo/>

27. Cano, E.(2007), Baby center, Quedar embarazada junta de asesores médicos EE. UU.

<https://espanol.babycenter.com/a3200232/quedar-embarazada-cuando-tenes-entre-20-y-30-a%C3%B1os>

28. Paulson, R. (2007), Riesgo de embarazo a los 35 años. EE.UU

<https://espanol.babycenter.com/x25006049/qu%C3%A9-riesgos-tiene-quedar-embarazada-a-los-35-a%C3%B1os-o-m%C3%A1s>

29. Quispe y Riveros (2008), Frecuencia de retención de restos placentarios en parturientas con alumbramiento dirigido por vía intramuscular y endovenosa. Hospital de apoyo de San Francisco. Setiembre- diciembre, 2007. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. Ayacucho. Perú.

30. Martin J. Paridad como factor de riesgo en el embarazo, parto y puerperio.

31. Barrantes F. y Col. (2003), Embarazo y aborto en adolescentes. Revista Médica Legal. vol. 20-1. Costa Rica. URL:

http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152003000100009

32. Alfredo A. y Col. (2014), Aborto recurrente. Aproximación diagnóstica para un complejo síndrome reproductivo. Revista Médica Clínica Condes. 898-907. Chile. URL:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014706376>

33. Doblado N. y Col. (2010), Aborto en la adolescencia un problema de salud. Revista Ginecología Salud Reproductiva. volumen 36-4. Cuba 2010. URL:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000300011

34. SEGO. (2002), parto vaginal tras cesárea. protocolos de procedimientos diagnósticos y terapéuticos en Obstetricia. URL:

<https://elpartoesnuestro.files.wordpress.com/2011/04/protocolo-sego.pdf>

- 35. Vargas A. y Col. (2013)**, Parto vaginal después de una cesárea, aplicando un puntaje al momento del ingreso en un hospital. Revista Ginecología Obstetricia. Volumen 59-4. Perú. URL:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322013000400005&script=sci_arttext
- 36. INMP. (2014)**, Boletín estadístico año 2014. Oficina de Estadística e Informática. Lima. Perú.
- 37. Morales, D. (2015)**, Complicaciones materno neonatales de la cesárea electiva versus parto vaginal en pacientes con cesárea previa atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2015. Lima. Perú.
- 38. Dueñas O. y Col. (2007)**, Actualidad en el diagnóstico y manejo del acretismo placentario. Revista de Obstetricia y Ginecología. 72(4):266-271. Chile. URL:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262007000400011
- 39. Medline Plus. (2016)**, Desprendimiento prematuro de placenta. Editorial Team. U.S. National Library of Medicine. URL:
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000901.htm>
- 40. Rivera R. y Col. (2004)**, Fisiopatología de la Rotura Prematura de Membranas ovulares en embarazos de pretérmino. Revista de Obstetricia y Ginecología. 69(3):249-255. Chile. URL:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262004000300013
- 41. Ovalle y Cols. (2012)**, Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. Revista Médica. 140:19-29. Santiago. Chile. URL:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000100003
- 42. MINSA. (2007)**, Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutoria. Lima. Perú.
- 43. Rivero M. y Col. (2005)**, Hemorragia postparto: incidencia, factores de riesgo y tratamiento. Comunicaciones científicas y tecnológicas UNNE.
- 44. De la Gálvez, A. (2009)**, Atención obstétrica y complicaciones del embarazo y parto en Bolivia. Cuad. Hosp. Clín. 2009; 54:100-107. URL:

http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S1652-67762009000200003&script=sci_arttext

45. Causa, E. (2006), Factores clínico-epidemiológicos asociados a la retención de restos placentarios en puérperas en el hospital Hipólito Unanue - Tacna 2004 y 2005. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna. Perú.

46. Valeria A. y Col. (2011), Hemorragia Puerperal. Cátedra de Medicina N° 16 206. Revista de Posgrado de la Vía. Facultad de Medicina. UNNE. Argentina. URL: http://med.unne.edu.ar/revista/revista206/5_206.pdf

47. SEGO (2012), Rotura prematura de membranas. Protocolos Asistenciales en Obstetricia. España. URL: <http://www.elsevier.es>

48. Manzanarez M. y Col. (2016), Principales causas de hemorragia post parto en el puerperio inmediato en pacientes con nacimientos vaginales a términos en el periodo de enero a octubre 2015 en el Hospital Bertha Calderón Roque. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Managua Nicaragua.

49. Lira J. y Col. (1995), Placenta previa/acreta y cesárea previa. Experiencia de cinco años en el Instituto Nacional de Perinatología. Ginecología Obstétrica Mexicana 1995; 63(8):337-40. México.

50. Pacora, P. (2005), El desprendimiento prematuro de placenta. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, vol. 51, núm. 1, enero-marzo. pp. 39-51. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología San Isidro. Perú URL: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428175006>

51. Dombrowski, M. (1995), Tercera etapa del trabajo de parto: análisis de duración y práctica clínica. Am J Obstet Gynecol. 172 (4 Pt1): 1279 - 84.

52. Gonzales y Malhuayza (2013), Complicaciones Materno perinatales en Gestantes Adolescentes con Parto Pre-término. Hospital Regional de Ayacucho. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. Ayacucho. Perú.

53. Tam W. y Cols. (2002), Adhesiones intrauterinas después del tratamiento conservador y quirúrgico del aborto espontáneo. J. Am Assoc Gynecol Laparosc. 9 (2):182-5.

ANEXOS



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN
CRISTOBAL DE HUAMANGA**
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

FICHA ESTRUCTURADA

Fecha: .../.../... N°

1. EDAD

- a) 13-19 años
- b) 20-30 años
- b) 31-45 años

2. PARIDAD:

- a) Nulípara
- a) Primípara
- b) Multípara
- c) Gran multípara

3. ANTECEDENTES DE ABORTO

- a) Si
- b) No

4. ANTECEDENTES DE CESÁREA:

- a) Si
- b) No

5. DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA:

- a) Si
- b) No

6. PLACENTA PREVIA:

a) Si ☐

b) No ☐

7. ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS:

a) Si ☐

b) No ☐

8. PARTO PRETÉRMINO:

a) Si ☐

b) No ☐

9. TIPO DE ALUMBRAMIENTO:

a) Espontáneo ☐

b) Inducido o activo ☐

c) Manual ☐

10. RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS:

a) SI ☐

b) NO ☐