

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE
HUAMANGA**

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



**“FACTORES DE RIESGO GINECO-OBSTÉTRICOS
ASOCIADOS A LA RETENCIÓN DE RESTOS
PLACENTARIOS EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL DE
APOYO DE CANGALLO “JUAN FUKUNAGA SOYAMA”.
2016 - 2018”**

Tesis para optar el título profesional de Obstetra

PRESENTADO POR

Bachiller : Celinda MOREYRA QUISPE
Bachiller : Mónica TORRES TUEROS

ASESOR:

Mg. Obst. ROALDO PINO ANAYA

**AYACUCHO - PERÚ
2020**

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

R.D. N° 178-2020-FCSA-UNSCH-D

BACHILLER: Celinda MOREYRA QUISPE

BACHILLER: Mónica TORRES TUEROS

En la ciudad de Ayacucho siendo las diez de la mañana con veinte minutos del día siete de agosto del dos mil veinte, se reunieron a través de la plataforma virtual los docentes miembros jurados de la Escuela Profesional de Obstetricia, para el acto de sustentación de trabajo de tesis titulado **"FACTORES DE RIESGO GINECO-OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A LA RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL DE APOYO DE CANGALLO "JUAN FUKUNAGA SOYAMA". 2016 - 2018"**. Presentado por las bachilleres Celinda MOREYRA QUISPE y Mónica TORRES TUEROS para optar el título profesional de Obstetra. Los miembros del Jurado de Sustentación conformado por:

Presidente : Prof. Brígida Ramírez Quijada

Miembros : Prof. Noemí Quispe Cadenas

Prof. Edda Sánchez Huamaní

Prof. Patricia Bustamante Quispe

Asesor : Prof. Roaldo Pino Anaya

Secretario Docente: Roaldo Pino Anaya

Con el quorum de reglamento se dió por inicio la sustentación de tesis, la presidenta de la comisión realiza la lectura a los documentos presentados por las recurrentes, y da algunas indicaciones a las sustentantes.

Da inicio la exposición la Bachiller Mónica TORRES TUEROS y luego la Bachiller Celinda MOREYRA QUISPE; una vez concluida con la exposición, la Presidenta de la comisión solicita a los miembros del jurado evaluador realizar sus respectivas preguntas, iniciando la prof. Patricia BUSTAMANTE QUISPE, luego la Prof. Edda SANCHEZ HUAMANI, seguidamente la Prof. NOEMI QUISPE CADENAS y finalmente la Prof. Brígida RAMIREZ QUIJADA. A continuación da pase al asesor de tesis Profesor Roaldo PINO ANAYA para que pueda ampliar algunas preguntas, interrogantes y aclaraciones.

Acto seguido la presidenta invita a las sustentantes abandonar el espacio virtual para que puedan proceder con la calificación.

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN FINAL

Bachiller: **Celinda MOREYRA QUISPE**

JURADOS	TEXTO	EXPOSICIÓN	PREGUNTAS	P.FINAL
Prof. Brígida Ramírez Quijada	16	16	16	16
Prof. Noemí Quispe Cadenas	16	16	16	16
Prof. Edda Sánchez Huamaní	15	15	15	15
Prof. Patricia Bustamante Quispe	17	17	15	16
PROMEDIO FINAL				16

Bachiller: **Mónica TORRES TUEROS**

JURADOS	TEXTO	EXPOSICIÓN	PREGUNTAS	P.FINAL
Prof. Brígida Ramírez Quijada	16	16	16	16
Prof. Noemí Quispe Cadenas	16	16	16	16
Prof. Edda Sánchez Huamaní	15	15	15	15
Prof. Patricia Bustamante Quispe	17	17	17	16
PROMEDIO FINAL				16

De la evaluación realizada por los miembros del jurado calificador, llegaron al siguiente resultado: Aprobar a la Bachiller **Celinda MOREYRA QUISPE** quien obtuvo la nota final de Dieciséis (16); aprobar a la Bachiller **Mónica TORRES TUEROS** con la nota final Dieciséis (16) e para la cual los miembros del jurado evaluador firman al pie del presente, siendo las 13:00 horas, se da por concluido el presente acto académico virtual.



Prof. Brígida Ramírez Quijada
Presidente

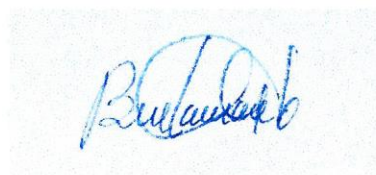


Prof. Noemí Quispe Cadenas
Miembro



Firmado digitalmente
por Edda Milagros
Sánchez Huamaní
Fecha: 2020.08.08
20:42:53 -05'00'

Prof. Edda Sánchez Huamaní
Miembro



Prof. Patricia Bustamante Quispe
Miembro



UNIVERSIDAD NACIONAL SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA
Facultad de Ciencias de la Salud
Mg. Roaldo Pino Anaya
COP. 4830
DOCENTE

Prof. Roaldo Pino Anaya
Miembro asesor



UNIVERSIDAD NACIONAL SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA
Facultad de Ciencias de la Salud
Mg. Roaldo Pino Anaya
COP. 4830
DOCENTE

Prof. Roaldo Pino Anaya
Secretario Docente

DEDICATORIA

*A Dios, por estar conmigo en cada paso que doy,
por fortalecer para terminar esta carrera
Profesional e iluminar mi mente y por haber
puesto en mi camino a aquellas personas que han
sido mi soporte y compañía durante todo el
periodo de estudio profesional.*

*A mi Padre Zósimo Moreyra Cervantes y a mi
madre Olga Quispe Castro por su cariño, amor
y sobre todo por su constante apoyo para
lograr mis metas, sueños y anhelos y por
brindarme fortaleza en todo momento.*

*A mis hermanos Fredy, Nelida, Carolina, Luz y
Nayeli, por brindarme su apoyo incondicional
en todo momento.*

*A mis queridos tíos Efraín, Edelmira y mi
abuelo Lucio, quienes me inculcaron de valores
y me motivaron a seguir adelante.*

MOREYRA QUISPE, Celinda

DEDICATORIA

*A Dios por mantenerme con vida e
iluminar nuestro camino para lograr
nuestras metas.*

*A mis queridos padres
Marcelino Torres Palomino y Julia
Tueros Bellido porque sin su apoyo no
hubiera sido posible la culminación de
mi carrera profesional.*

*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.*

*Con mucho cariño a mis hermanos
Eder, Edison y Yakelyn, por el apoyo
moral e incondicional.*

TORRES TUEROS, Mónica

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 nuestros logros de nuestros objetivos y metas.

Al Mg. Roaldo Pino Anaya por su gran apoyo como asesor 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.

Al Hospital de Apoyo de Cangallo “Juan Fukunaga Soyama”, 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.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	01
CAPÍTULO I:	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA.	04
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	08
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	09
1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA	10
CAPÍTULO II:	
MARCO TEÓRICO	
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	12
2.2. BASES TEÓRICAS - CIENTÍFICA	19
2.2.1 Retención de restos placentarios.....	27
2.2.2 Factores de riesgos maternos	30
2.2.3 Factores de riesgo Gineco Obstétrico	31
2.3. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS.....	40
2.4. VARIABLES.....	41
2.5. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE TÉRMINOS.....	42
CAPÍTULO III:	
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1 DISEÑO METODOLOGICO.....	45
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	45
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	47
3.4. TECNICA PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	48
CAPITULO IV	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	49
CONCLUSIONES	75
RECOMENDACIONES.....	76
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77
ANEXOS	80

INTRODUCCIÓN

La retención de restos placentarios es una complicación potencialmente mortal debido al riesgo asociado de hemorragia postparto, shock e infección, así como las complicaciones relacionadas con su extracción.

Un meta-análisis de los datos disponibles de estudios clínicos controlados aleatorizados aporta evidencia convincente de que la pérdida de sangre y el riesgo de hemorragia puerperal se verán reducidos si se ofrece a las mujeres una conducta activa en el alumbramiento. Esta aseveración es válida para todas las mujeres y también, específicamente, para las que están expuestas a un riesgo más bajo de padecer complicaciones en el alumbramiento.¹

En el año 2016, las principales causas de mortalidad materna registradas fueron: Hemorragia postparto en un 40.2%; hipertensión inducida por el embarazo en un 32%; aborto en un 17.5% e infecciones relacionadas al embarazo en un 4,1 %. La hemorragia como causa de muerte se relacionó directamente con el parto domiciliario y sus complicaciones como son retención de placenta y atonía uterina.¹

La retención de placenta o restos placentarios es una causa intermedia de muerte materna, siendo una causa de hemorragia. Puede deberse a la falta de contracciones uterinas con trastornos en la dinámica, alteraciones en la anatomía uterina, anomalías en la adherencia de la placenta y las encarcelaciones placentarias.²

La retención de restos placentario es una patología propia del tercer periodo del parto patológico, siendo un factor importante y frecuente de complicaciones maternas. La forma de presentación habitual es el sangrado anormal, aunque, en ocasiones, la retención de restos puede aparecer como cuadros de endometritis.²

La retención de restos placentarios sucede con mayor frecuencia en pacientes con el antecedente de cuadros hipertensivos del embarazo o restricción del crecimiento intrauterino y prematuridad. Algunos factores influyen en una mujer embarazada a presentar retención placentaria o restos placentarios, algunos autores mencionan un aumento significativo en la incidencia de placenta retenida o restos placentarios, debido a factores como el trabajo de parto prematuro, multiparidad y en algunos casos en el contexto de la inducción de labor de parto.²

En nuestra Región de Ayacucho Bedriñana Katherine (2015) evaluó 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. Donde refiere 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.³

Por lo expuesto la presente investigación se realizó con el objetivo de conocer la prevalencia y factores de riesgo Gineco-Obstétricos asociados a retención de restos placentarios en el Hospital de Apoyo de Cangallo “Juan Fukunaga Soyama” durante los años de 2016 a 2018, a través de un tipo de investigación aplicada, método de investigación cuantitativa, transversal, retrospectiva, y con el nivel de investigación analítica de caso-control; encontrándose los siguientes resultados: La incidencia de retención de restos placentarios en puérperas durante los años 2016 al 2018 es de 32%. Los factores como antecedente de aborto, antecedente de cesárea, alumbramiento prolongado y alumbramiento dirigido tienen relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) con la retención de restos placentarios. El antecedente de aborto (OR: 6,1) antecedente de cesárea (OR: 4,3) y el alumbramiento prolongado (OR: 4,5) son factores de riesgo que tienen más probabilidad de presentar retención de restos placentarios en comparación a las que no presentan lo citado.

CAPITULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

La retención de restos placentarios es una complicación frecuente del periodo de alumbramiento que afecta entre 0.5% a 3% de gestantes, por lo tanto, es un importante motivo de Morbi-mortalidad materna por hemorragia posparto. Así mismo, es importante recalcar, que después de la atonía uterina, la retención placentaria es la 2da indicación de transfusión sanguínea durante el tercer periodo del parto, por tanto, un manejo adecuado y pertinente puede reducir sus complicaciones.⁴

Se calcula alrededor de 1000 muertes por motivos asociados al embarazo y/o parto. Se registró la muerte de 358.000 mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio en 2016. De esos decesos alrededor del 99% eran prevenibles y se dieron en lugares de países en vías de desarrollo. Debido a esto, es de suma importancia adicionar prácticas de prevención, ya que la retención placentaria es una urgencia que demanda un

adecuado diagnóstico y manejo adecuado para así evitar las muertes maternas.

Las razones centrales que esclarecen la alta incidencia son: un ausente acceso de parto asistido por personal adecuado, así como también la práctica impropia y muchas veces limitada con respecto al manejo activo en determinado periodo del parto. El inadecuado reconocimiento de hipovolemia en los servicios de salud y un reemplazo de volúmenes impropio, son los principales motivos de muertes maternas. Cerca de 14 millones de mujeres presentan una gran hemorragia luego del parto, 12% presenta anemia severa y el 1% fallece.⁴

La fisiología normal del alumbramiento, progresará debido a la formación del hematoma localizado a nivel del área de inserción, gracias a la ayuda de las contracciones del útero. Quedando así desprendida en su totalidad en cuestión de minutos. Sin embargo, mediante estudios ultrasonográficos, se ha identificado que las contracciones producidas antes del alumbramiento no son suficientes para causar el desprendimiento de la placenta. El miometrio es incapaz de lograr la fuerza necesaria para ello y la duración de la tercera etapa del parto se ve prolongada, debido a la insuficiencia contráctil en la zona retro placentaria.⁵

La retención de restos placentarios es una patología propia del tercer periodo del parto patológico, siendo un factor importante y frecuente de complicaciones maternas, es preocupante por ser un problema de salud pública, no obstante, existen características clínicas que aumentan el

riesgo de retención de restos placentarios, entre ellos la subinvolución uterina, alumbramiento incompleto (ausencia de cotiledones o partes membranas ovulares) y sangrado vaginal que impide la correcta contracción del útero, cuya identificación temprana e intervención oportuna durante este periodo se lograría tener menor riesgo de complicación⁶.

La presencia de restos ovulares, ya sea después de abortos diferidos, de partos vaginales o de cesáreas, pueda alcanzar porcentajes de hasta el 20%. La forma de presentación habitual es el sangrado anormal, aunque, en ocasiones, la retención de restos puede aparecer como cuadros de endometritis. A largo plazo, dicha infección puede desencadenar complicaciones graves como las adherencias intrauterinas conocidas como síndrome de Asherman, asociado con frecuencia a cuadros de infertilidad⁷.

La retención de restos placentarios sucede con mayor frecuencia en pacientes con el antecedente de cuadros hipertensivos del embarazo o restricción del crecimiento intrauterino y prematuridad; es decir, en los cuadros definidos como “alteraciones de la placentación”.

Algunos factores influyen en una mujer embarazada a presentar retención placentaria o restos placentarios, algunos autores mencionan un aumento significativo en la incidencia de placenta retenida o restos placentarios, debido a factores como el trabajo de parto prematuro, multiparidad y en algunos casos en el contexto de la inducción de labor de parto. La retención de restos placentarios se puede manifestar en el puerperio

tardío en forma de sangrado genital intermitente, presencia de loquios fétidos, endometritis y subinvolución uterina.

La retención de placenta o restos placentarios es una causa intermedia de muerte materna, siendo una causa de hemorragia. Puede deberse a la falta de contracciones uterinas con trastornos en la dinámica, alteraciones en la anatomía uterina, anomalías en la adherencia de la placenta y las encarcelaciones placentarias.²

La retención de restos placentarios en la mayoría de los casos obedece a maniobras intempestivas del alumbramiento, expresiones apresuradas o tironeamientos del cordón ocurre también como resultado de extracciones manuales incompletas y ante la existencia de cotiledones aberrantes (placenta succenturiada) o adherencias anormales. Su diagnóstico se dará gracias a un examen minucioso de la placenta observándose así la ausencia de uno o más cotiledones o de las membranas ovulares como el amnios y el corion.

Su evolución clínica puede seguir varios sentidos: se desprenden o son expulsados de manera espontánea, originando con frecuencia hemorragia muchas veces de carácter grave; en ocasiones, durante el puerperio, sufren un proceso de desintegración agregando infecciones ascendentes y otras veces se organizan para formar pólipos que puede o no expulsarse. El tratamiento consistirá en la extracción del cotiledón retenido por legrado instrumental.⁸

En el Perú en el año 2015, la Retención de fragmentos de la placenta o de las membranas represento un 2.8% de las causas básicas de muerte

materna clasificada como directa (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológico en Salud Pública – DGE – MINSA).⁹

A nivel de Ayacucho Bedriñana Katherine (2015) evaluó 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. Donde reporta que, de un total de 17,053 parturientas, 1,328 presentaron retención de restos placentarios, representando el 7,8% del total.³

En el Hospital de Apoyo de Cangallo tipo II.1 “Juan Fukunaga Soyama” se han registrado el año 2018 un total de 45 casos de retención de restos placentarios en puérperas y para el presente año 2019 durante los meses de enero a julio ya se produjeron 25 casos de retención de restos placentarios; por lo tanto, nos planteamos el presente trabajo de investigación, bajo la siguiente interrogante.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles serán los factores de riesgo Gineco-Obstétricos asociados a la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital de Apoyo de Cangallo “Juan Fukunaga Soyama” durante los años 2016 al 2018?.

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.3.1. GENERALES:

Identificar los factores de riesgo Gineco- Obstétricos asociados a la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital de Apoyo de Cangallo “Juan Fukunaga Soyama” durante los años 2016 al 2018.

1.3.2. ESPECIFICOS:

- 1º Determinar la incidencia de retención de restos placentarios en puérperas.
- 2º Establecer si los factores de riesgo Gineco - obstétricos como: La cesárea previa, ruptura prematura de membranas, expulsivo prolongado, alumbramiento prolongado y el alumbramiento dirigido están asociados a la retención de restos placentarios en puérperas.
- 3º Determinar si los factores de riesgo maternos como: La edad, paridad, antecedentes de abortos, se asocia a la retención de restos placentarios en puérperas.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El alumbramiento es la tercera y última fase del parto, que se produce tras la salida del feto hasta la completa expulsión de la placenta y las membranas ovulares; durante esta etapa se pueden producir complicaciones, que pueden llegar a comprometer la vida de la paciente. En este contexto es importante conocer e identificar los factores de riesgo, para prevenir posibles complicaciones para contribuir a disminuir la morbilidad materna teniendo en cuenta que una de las complicaciones más frecuentes es la retención de restos placentarios y la mayor tasa de mortalidad ocurre en el puerperio en las mujeres de la zona rural como es la que se atiende en el Hospital de Apoyo de Cangallo “Juan Fukunaga Soyama”.

La retención de restos placentarios se puede manifestar en forma de sangrado genital intermitente, presencia de loquios fétidos, endometritis y subinvolución uterina. El ultrasonido pélvico es de gran utilidad para el diagnóstico diferencial de esta entidad; estas complicaciones no solo conllevan a problemas de morbilidad materna; sino que también ocasionan múltiples gastos en la atención de la madre.

El presente trabajo va dirigido a determinar los factores de riesgo asociados a la retención de restos placentarios y/o membranas ovulares en el periodo de alumbramiento, en la actualidad existen escasas investigaciones referente al tema, siendo el último trabajo hace 5 años, en la ciudad de Ayacucho y no existen datos de la zona rural. Al identificar y conocer los factores de riesgo Gineco-Obstétricos en la retención de

restos placentarios en puérperas, permitirá desarrollar e implementar estrategias sanitarias en promoción de la salud, prevención, atención prenatal y manejo adecuado de este problema de salud.

CAPITULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

Pazán F¹⁰ (Ecuador; 2010) en su tesis **“Factores de riesgo de patologías puerperales. Hospital José María Velasco Ibarra, 2010”**. **Objetivo** fue determinar los factores de riesgo de patologías puerperales en pacientes atendidas en el Hospital José María Velasco Ibarra. **Material y métodos:** El estudio fue de tipo transversal, se hizo seguimiento a 66 historias clínicas de las cuales se recolectaron: Edad, Procedencia domiciliaria, Instrucción, Paridad, Estado civil, Antecedentes patológicos personales, familiares y el tipo de patología puerperal; los datos fueron tabulados en el programa Microsoft Excel 2007. **Resultados:** Se atendieron a 1372 mujeres en el puerperio de las cuales el 5% presentaron alguna forma de patología puerperal; el 76% fue parto normal y 24% cesárea; el 32% corresponde a nueve controles prenatales y el 39% a ningún control; El rango de edad más frecuente es de 20 a 29 años con el 42%, menores de 19 años con el 38%; El 70% del área Rural; Instrucción Primaria el 50%, 42% secundaria; complicaciones puerperales el 47% en mujeres multíparas, el 38% en primíparas; No existe relación con los antecedentes patológicos personales y familiares; **Las patologías presentes son; alumbramiento incompleto 49%, herida infectada 26%,**

desgarro cervical 6%, hemorragia postparto y dehiscencia de episiorrafia 5%, endometritis e hipotonía uterina 3%, mastitis 2%. **Conclusiones:** Una buena accesibilidad a casas de salud, entrenamiento óptimo del personal y educación permanente de las gestantes se puede reducir estas enfermedades.

Coviello E, et al²² (Norteamérica; 2015); llevaron a cabo un estudio con la finalidad de reconocer la influencia de la multiparidad respecto al riesgo de desarrollar retención placentaria en gestantes no expuestas a cesárea, por medio de un estudio retrospectivo de casos y controles en el que se incluyeron a 91 291 gestantes con más de 24 semanas de edad gestacional; de los cuales 1047 se complicaron con retención placentaria; observando que la multiparidad fue un predictor significativo de retención placentaria (OR 4.56; IC 95%=2.08-9.94).

Cuestas H¹ et al (Huánuco; 2015) en su investigación sobre “**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 durante el año 2012**”. **Objetivo;** determinar si la cesárea previa, legrado uterino y la paridad son factores de riesgo relacionados a la retención de restos placentarios. **Metodología;** Fue un estudio retrospectivo de casos y controles, que involucró 294 historias clínicas de púerperas del servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizán durante el año 2012. **Resultados;** durante el período de estudio, hubo 147 casos de retención placentaria de un total de 1498 atenciones puerperales, haciendo una incidencia de 9,81 %. 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 extra hospitalario (OR 2,89; [CI] 95% de 2,38 a 3,5; p de 0,00) y el grado de instrucción (p de 0,000). El antecedente de cesárea y legrado uterino no eran significantes, con un p

de 0,74 y 0,17 respectivamente, no constituyendo factores relacionados a la retención de restos placentarios. **Conclusiones;** la paridad mayor de dos es un factor de riesgo para la retención de restos placentarios en un embarazo posterior. Asimismo, la edad gestacional, la procedencia del parto y el grado de instrucción. Estos factores deberían ser tomados en especial consideración durante el curso de la atención a las gestantes.

Gálvez M² (Huancavelica; 2016) en su tesis “**Factores Gineco-Obstetricos asociados a la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital de Pampas – Tayacaja. 2016**” **Objetivo.**

Determinar los factores Gineco-Obstétricos asociados a la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital de Pampas – Tayacaja.

Método. La investigación fue analítica, observacional, retrospectiva. El nivel fue explicativo. El diseño fue de casos y controles. Los casos fueron 80 puérperas que presentaron retención de restos placentarios registradas en el Hospital de Pampas Tayacaja, durante el año 2016; los controles fueron 240 puérperas que no presentaron retención de restos placentarios registradas en el Hospital de Pampas Tayacaja. Se utilizó Chi², corrección de Yates, Odds Ratio (OR) y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%). **Resultados.** Sobre los factores Gineco Obstétricos y la retención de restos placentarios, los grupos de edad, la modalidad de alumbramiento Duncan y el antecedente de cesárea tuvieron un Chi² menor a 3.84 (p-valor > 0.05); por lo cual no tuvieron asociación estadística. La primiparidad un OR = 2.58 (IC95%: 1.478 – 4.519), el alumbramiento dirigido mayor a 10 minutos un OR = 5.59 (IC95%: 3.092 – 10.127), el antecedente de aborto un OR = 3.57 (IC95%: 1.864 – 6.871), el antecedente de legrado uterino un OR = 4.39 (IC95%: 2.198 – 8.769).

Conclusiones. Los factores de riesgo Gineco-Obstétricos asociados a la retención de restos placentarios fueron; la primiparidad, el alumbramiento dirigido mayor a 10 minutos, el antecedente de aborto y el antecedente de legrado uterino. El factor edad, el alumbramiento tipo Duncan y el antecedente de cesárea, no se asociaron con la retención de restos placentarios.

Lazo A⁸ et al (Arequipa; 2016) en su investigación **“Factores de Riesgo Asociados a la Retención de Placenta y/o Membranas Ovulares en Partos a Término, Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, enero a diciembre del 2015”**. **Objetivo**; Determinar los factores de riesgo de la retención de placenta y/o membranas ovulares en partos a término en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero a diciembre del 2015. **Metodología**: La presente investigación es de Casos y Controles, Retrospectiva y Transversal. Se trata de un estudio de nivel: Analítico y Relacional, en la cual se tuvo una muestra de 115 casos y 115 controles, mediante una ficha de recolección de datos se seleccionaron y revisaron las historias clínicas, para determinar la relación entre variables se utilizó la prueba chi cuadrado de independencia con un nivel de significancia del 5%. **Resultados**: Los partos vaginales a término atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante el año 2015 fueron el 45,5%, mientras que un 3,8% presentaron retención de placenta y/o membranas ovulares. Las mujeres con aborto previo tienen 2.69 más veces de riesgo de padecer retención de placenta y/o membranas ovulares con respecto a las que no tuvieron abortos. Las mujeres con enfermedad hipertensiva del embarazo tienen 4.80 más veces de riesgo de padecer retención de placenta y/o membranas ovulares. Las mujeres con ruptura prematura de membrana tienen 3.02 más veces de riesgo de padecer retención de placenta y/o membranas ovulares. **Conclusiones**: Las pacientes con Aborto previo, Enfermedad hipertensiva del embarazo y ruptura prematura de membranas tienen mayor riesgo a presentar retención de placenta y/o membranas ovulares.

Medina Y¹¹ (Huancavelica; 2017) en su investigación **“Ruptura Prematura de Membranas y Retención de Restos Placentarios en Puérpera del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica, 2016”**. **Objetivo**; determinar la asociación que existe entre la Ruptura Prematura de Membranas y Retención de Restos Placentarios. Se quiso contrastar si la ruptura prematura de membranas

se asocia significativamente con la retención de restos placentarios. **Metodología;** La investigación es de tipo sustantiva, correlacional, y método general inductivo, básico descriptivo. Se empleó el cuestionario de guía de análisis documental. Se recolectó 111 historias clínicas de puérperas atendidas con diagnósticos de RPM y RRP de los cuales sujetos a los criterios de exclusión e inclusión solo 70 HCL cumplieron los requisitos para el estudio, con una muestra de tipo censal. **Resultados;** fueron identificados, un 49% de puérperas atendidas con RPM del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia - Huancavelica 2016, finalizo con retención de restos placentarios, y un 51% de puérperas con ruptura prematura de membranas finalizo sin retención de restos placentarios. **Conclusión;** Existe asociación significativa entre la RPM y la RRP ($\chi^2=34,493$, $P<0.05$). Habiendo una relación de 3 a 1 es decir por cada 03 puérperas con RPM 01 realizará RRP.

Negreiros R¹² (Trujillo; 2018) en su investigación “**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**”. **Objetivo;** Determinar si la multiparidad, antecedentes de legrado uterino, parto prolongado y cesáreo previa son factores de riesgo asociados a retención placentaria en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco en los años 2015 al 2016. **Metodología;** se aplicó un diseño de casos y controles, fue un muestreo aleatorio simple con 40 casos clínicos de pacientes que tuvieron retención placentaria (casos) y 40 que no tuvieron retención placentaria (controles), el instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos a través del análisis documental (historias clínicas). **Resultados;** Los principales resultados fueron: Las pacientes con multiparidad el 75% presentaron retención placentaria y el 68% no presentaron. Así también en las pacientes con antecedente de legrado uterino el 25% presentaron retención placentaria y el 68% no presentaron. Observamos que de las pacientes con parto prolongado el 38% presentaron retención placentaria y el 25% no

presentaron Y de las pacientes cesárea previa el 2.5% presentaron retención placentaria y el 15% no presentaron. **Conclusión;** que la multiparidad y el parto prolongado son factores de riesgo asociado a retención placentaria (OR=1.444 - OR=1.80) respectivamente. Palabras clave: Multiparidad, antecedentes de legrado uterino, parto prolongado, Cesárea previa, retención placentaria.

Zavaleta S¹³ (Trujillo – 2018) en su investigación “**Multiparidad como factor de riesgo asociado a retención placentaria en gestantes del Hospital Belén de Trujillo**” **Objetivo;** Determinar si la multiparidad es factor de riesgo asociado a retención placentaria en gestantes del Hospital Belén de Trujillo. **Metodología;** Se llevó a cabo un estudio de tipo analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. La población de estudio estuvo constituida por 136 gestantes; las cuales fueron divididas en 2 grupos: con retención placentaria o sin ella; se calculó el odds ratio y la prueba chi cuadrado. **Resultados:** No se apreciaron diferencias significativas en relación con las variables edad materna, edad gestacional y procedencia entre los pacientes con retención placentaria o sin ella. La frecuencia de multiparidad en gestantes con retención placentaria fue de 18/68= 26%. La frecuencia de multiparidad en gestantes sin retención placentaria fue de 8/68= 13%. La multiparidad es factor de riesgo para retención placentaria en gestantes con un odds ratio de 2.7 el cual fue significativo ($p<0.05$). **Conclusiones:** La multiparidad es factor de riesgo asociado a retención placentaria en gestantes del Hospital Belén de Trujillo.

Sulca L G⁴. et al (Chimbote; 2019) en su investigación sobre “**Edad materna mayor o igual a 35 años como factor de riesgo para retención placentaria**” **Objetivo;** determinar si la edad materna mayor o igual a 35 años es un factor de riesgo para retención placentaria en gestantes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia de la ciudad de Huaráz, durante el periodo 2014 – 2018. **Metodología;** se realizó un estudio descriptivo, no experimental, retrospectivo, de corte transversal y con un diseño de casos y controles. **Conclusión;** así que la edad materna

mayor a 35 años no es un factor de riesgo asociado a retención placentaria en gestantes en el Hospital Víctor Ramos Guardia.

Bedriñana K³ (Ayacucho; 2015) en su investigación de Factores asociados a la retención de restos placentarios en parturientas del Hospital Regional de Ayacucho: 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. **Metodología;** es un estudio del método descriptivo, retrospectivo de corte transversal. **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 pre término, el mayor número de abortos y el alumbramiento espontáneo. **Conclusión;** 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.

2.2. BASES TEÓRICA - CIENTÍFICA

2.2.1. PLACENTA

Definición de placenta

Es un órgano transitorio, de estructura muy compleja, donde la circulación fetal y materna, establecen relaciones muy íntimas, que permiten intercambio de gases y sustancias nutritivas. La placenta humana pertenece al tipo hemocorial, por el contacto directo de las vellosidades coriales con la sangre materna, es vellosa; por desprenderse la decidua con la placenta después del parto y discoidea por su forma.¹⁴

Características y microscopia de la placenta

La placenta madura, al final del embarazo tiene las siguientes características:

- Aspecto: La placenta se asemeja a una torta.
- Consistencia: Generalmente es la consistencia blanda.
- Peso: El peso de la placenta oscila generalmente entre 400 y 600gr. La relación entre el peso de la placenta y el peso del feto será por lo tanto de 1/5 a 1/6.
- Dimensiones: Sus dimensiones varían mucho de unos casos a otros. Por término medio, su diámetro oscila entre 13 y 20cm, y su espesor entre 2 y 6cm.
- Caras: Presenta dos caras; cara fetal y materna.

La cara fetal es la que está orientada hacia la cavidad amniótica. Su superficie es lisa, brillante y color gris azulado. Está cubierto por una membrana delgada denominada amnios, a través de la cual se

transparentan una serie de vasos que proceden del cordón umbilical ya sea en forma central, marginal o lateral.

La cara materna, es la superficie por la que la placenta se adhiere a la pared uterina. Esta cara es carnosa abollonada de color rojo vinoso, de consistencia rugosa y esponjosa. Posee de 15 a 20 pares poligonales que se denominan cotiledones, que están formados por vellosidades en ramificación irrigadas por una rama arterial terminal y su contraparte venosa de los vasos fetales umbilicales, separados por surcos más o menos profundos. Se observan también pequeños gránulos de color blanco, formados por depósitos de calcio y fosfato. En la cara materna y fetal se observan algunas zonas nodulares blanquecinas de $\frac{1}{2}$ o varios cm. de diámetro.¹⁴

Descripción de los anexos ovulares:

a) Corion:

El corion se origina a partir de la zona del trofoblasto que quedo orientada hacia la cavidad uterina, es decir el llamado corion liso, que se adelgaza y finalmente, al aumentar el volumen de la cavidad amniótica, se pone en contacto con la pared opuesta del útero. Está situada entre la caduca y el amnios, es transparente y dotada de gran resistencia.

b) Amnios:

Se origina probablemente a partir de citotrofoblasto. Es una membrana delgada, transparente y muy resistente que circunscribe por dentro de la cavidad amniótica. El amnios, puede ser considerado como una extensión de la piel del feto, se nota mayor grosor del amnios en las paredes

cercanas del cordón umbilical que en las lejanas. El amnios no es permeable a los microbios, de ahí su gran valor como preventivo de la infección ovular cuando se conserva integra.¹⁵

c) Cordón umbilical:

Se origina a lo largo del embarazo, por elongación del tallo corporal. Une al feto con la placenta. Al final de la gestación el cordón umbilical mide de 50 a 60cm. aproximadamente, su grosor es de 1.5 a 2.5 cm. Con variaciones fisiológicas. Tienen un color opalino y los vasos que contiene se transparentan fácilmente, como son más largos que el propio cordón, dan a este ese aspecto nudoso.

El cordón umbilical está revestido por el amnios, y contiene tres vasos, dos arterias una vena. El diámetro de las arterias es ligeramente inferior al de la vena. El tejido de sostén es laxo y edematoso por su aspecto se denomina gelatina de Warton.¹⁶

2.2.2. PERIODO DE ALUMBRAMIENTO

Es la tercera y último estadio del trabajo de parto. Se define como el tiempo que transcurre desde la expulsión del feto hasta la expulsión de los anexos ovulares (placenta, cordón umbilical y membranas amniótica, corial y parte de la decidua esponjosa o media). La separación de la placenta se produce a nivel de la decidua esponjosa, que es la zona más débil, así parte de la decidua sale con la placenta y otra parte queda adherida y se elimina durante el puerperio.

El tercer periodo del parto lo podemos dividir en los siguientes procesos:

a) Desprendimiento placentario.

b) Separación del corion y amnios.

c) Descenso de la placenta

d) Expulsión de la placenta.¹⁷

2.2.2.1. Desprendimiento placentario

El proceso de separación placentaria se inicia coincidiendo con las últimas contracciones del periodo expulsivo. Después de la expulsión del feto el útero se contrae espontáneamente de forma proporcional a la disminución de su contenido (el fondo se sitúa a nivel de la cicatriz umbilical). Esta brusca reducción del tamaño del útero se acompaña inevitablemente de una disminución de la superficie de implantación placentaria. La placenta no puede adaptarse a esta limitación de espacio dado que tiene una elasticidad limitada, su contractilidad es mínima ya que carece de tejido muscular que le permita alterar su tamaño y grosor. Esto la obliga a plegarse y torsionarse para adaptarse al nuevo volumen uterino. La tensión que resulta de estos cambios favorece que ceda la capa más débil de la decidua, es decir, la capa media o esponjosa, produciéndose la separación a ese nivel. Comienzan a formarse cavidades, que, al rellenarse de sangre, van aumentando de forma progresiva la presión. Las cavidades terminan confluyendo y formando un hematoma entre la placenta y la decidua remanente. Se debe tener en cuenta que la formación del hematoma no es la causa de la separación sino la consecuencia. No obstante, contribuye e incluso acelera el proceso de despegamiento placentario.¹⁷

2.2.2.2. Separación del corion y amnios

Desde la expulsión del recién nacido hasta que se completa el desprendimiento placentario el fondo uterino se sitúa a nivel del ombligo. Después del despegamiento el útero tiende a elevarse por encima del ombligo (con configuración globulosa) y desplazarse hacia un lado, generalmente el derecho, adquiriendo una consistencia más firme (el útero tiende a elevarse en el abdomen porque la placenta despegada ocupa el segmento inferior y empuja el cuerpo del útero hacia arriba).¹⁷

2.2.2.3. Descenso de la placenta

Desprendida la placenta esta desciende del cuerpo al segmento y de aquí a la vagina, lo que ocurre en parte porque continúa cierta actividad contráctil del útero y mayormente por el mismo peso de la placenta, la que arrastra a las membranas invirtiéndola desde las superficies de inserción cercanas al borde placentario. La atonía vaginal por el parto reciente hace que en este tramo la placenta suela quedar detenida algún tiempo.¹⁷

2.2.2.4. Expulsión de la placenta

Tras el desprendimiento de la placenta, ésta cae hacia el segmento inferior y cérvix, donde queda retenida por algún tiempo. La acción de la sangre acumulada detrás y las contracciones uterinas contribuyen a que descienda hasta la vagina y el periné. El mecanismo fundamental para su total expulsión es la contractura voluntaria de la prensa abdominal desencadenada por el reflejo perineal. Cuando el mecanismo de despegamiento ha sido el de Baudelocque - Schultze, la placenta se presenta al exterior con su cara fetal, si el mecanismo de desprendimiento

ha sido el de Duncan asomará primero la cara materna. Después de la expulsión de la placenta, el útero se contrae fuertemente reduciendo su tamaño (fondo situado a dos traveses de dedo por debajo del ombligo) y aumentando su consistencia, formando lo que se denomina “globo de seguridad”¹⁷

2.2.3. MECANISMOS DE DESPRENDIMIENTO

2.2.3.1. Mecanismo de Baudelocque - Shultze

El desprendimiento se inicia por el centro de la inserción, que es uniforme, y que generalmente está asociada a inserciones en el fondo del uterino. La formación del hematoma retroplacentario es central y a media que se extiende se invierte como paraguas, la placenta desciende por su cara fetal; las membranas se desprenden al final, lo que explicaría por qué no hay sangrado extremo en este mecanismo. Su frecuencia es de 80%.

2.5.2. Mecanismo de Baudelocque - Duncan

El desprendimiento se inicia en la parte periférica, dirigiéndose hacia el centro; se debe a la retracción decidual en el área de la inserción placentaria, la sangre se acumula entre las membranas y la pared uterina, lo que explicaría el sangrado durante el desprendimiento de la placenta que desciende y es expulsado por la cara materna o el borde inferior debido a que desarrolla sobre su eje longitudinal. Luego del desprendimiento placentario, se produce el desprendimiento de las membranas, en función de que estas son más elásticas que el tejido placentario, pero menos que la pared uterina se desprende por acción de

las contracciones y la retracción del miometrio. El plegado de las membranas comienza en el borde de la placenta y por la gravedad de su peso tironea las membranas que se expulsan formando una lámina; que puede disociarse, su desprendimiento termina cuando la placenta se encuentra en el exterior.⁸

2.2.4. ATENCIÓN DEL ALUMBRAMIENTO

Durante este período se debe tener una conducta expectante, asegurando no realizar maniobras intempestivas que aumentarán las posibilidades de complicaciones como son la hemorragia e infecciones en el puerperio.

Existen 4 tipos de alumbramientos:

- a. Espontáneo: sin intervención médica.
- b. Dirigido: Se estimula la dinámica uterina con oxitocina.
- c. Corregido: Se realiza maniobras como masaje supra púbico para acelerar el desprendimiento, descenso o expulsión.
- d. Manual: Consiste en la extracción digital de la placenta. Requiere de anestesia general para relajar el útero adecuadamente. Con una mano se fija el fondo uterino vía abdominal. La otra mano se introduce hasta la cavidad uterina, localizándose la inserción placentaria. Utilizando los dedos se desprende la placenta y luego se tracciona vía vaginal. Posteriormente se realiza revisión de la cavidad, para luego administrar

oxitocina y antibióticos profilácticos. Su indicación sería si han pasado más de 30 min desde la expulsión del feto o en hemorragia severa. Siempre se debe mantener una vigilancia estricta de los signos vitales por lo menos 2 horas post parto, por personal idóneo, comprobar el globo de seguridad de Pinard verificando posible hemorragia. Siempre comprobar la integridad de la placenta y membranas, revisión de la cavidad uterina y canal del parto suturando focos de desgarro con puntos separados. Luego se procede a la episiorrafía y aseo genital y posterior traslado a recuperación.¹⁸

2.2.4.1 Alumbramiento patológico

El alumbramiento patológico es el trastorno que se da durante el mecanismo de expulsión de la placenta y de sus anexos, produciéndose distocias y accidentes que pueden comprometer la vida de la madre y que condicionan situaciones de emergencia que demandan el conocimiento de la alteración y el tratamiento inmediato, destacando la retención de la placenta y membranas ovulares, las hemorragias del alumbramiento y la inversión aguda del útero.¹⁹

2.2.4.2. Retención de la placenta y membranas ovulares

Pudiendo presentarse distintas características clínicas y fisiopatológicas que se resumen en:

a) Retención Total

a.1. Distocias dinámicas:

- Inercia.

- Anillos de contracción.

a.2. Distocias anatómicas:

- Adherencia anormal de la placenta.

b) Retención Parcial

b.1. De restos placentarios

b.2. De membranas²

2.2.5. RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS

Según la OMS es la falta de una porción de la superficie materna de la placenta o presencia de desgarros de membranas, en una puérpera con sangrado variable que continua luego de 12 horas después del parto. Es una de las principales causas de hemorragia post parto, por lo que es importante su estudio.

Se produce con frecuencia entre las mujeres que tienen parto domiciliario y además, es una causa de morbilidad y mortalidad materna. Una de las razones detrás de esto es que, el manejo activo de la tercera etapa del parto es deficiente y una vez que se lleva a cabo, aumenta las posibilidades de hemorragia puerperal (HPP) y sepsis con independencia del lugar del parto.

La retención de restos o partes de placenta o membranas puede resultar en atonía uterina, el cual inicialmente puede responder a uterotónicos, pero esta situación puede recurrir durante el puerperio inmediato.

Tradicionalmente, los signos clínicos y los síntomas de la retención de restos como sangrado vaginal, fiebre y dolor abdominal fueron utilizados para el diagnóstico, pero la introducción de la ultrasonografía ha contribuido enormemente a la identificación de los restos placentarios. La ecografía pélvica desempeña un papel importante en determinar la fuente de sangrado anormal y es la primera opción de imagen, en evaluación para retención placentarios.¹

2.2.5.1. Diagnóstico de la retención de restos placentarios

Se realiza a través de la revisión sistemática de la placenta tras el alumbramiento para comprobar la total integridad de éstas y sus membranas, observando ausencia de uno o más cotiledones.¹⁷

La hemorragia externa es inconstante y puede no guardar relación de intensidad directa con el tamaño del cotiledón retenido. El tacto intrauterino, que se llevara a cabo solo en caso de necesidad, confirma el diagnóstico. La evolución clínica de la retención de cotiledones puede seguir varios sentidos: se desprenden y son expulsados de manera espontánea; con frecuencia origina hemorragias, a veces muy graves, posteriormente, durante el puerperio; en ocasiones sufren un proceso de desintegración a lo que se agregan infecciones por gérmenes ascendidos desde el canal, y otras veces se organizan en el útero y se transforman en pólipos que pueden o no expulsarse más tarde (pólipos placentarios).¹⁷

La ecografía es de ayuda diagnóstica. En caso de duda, podemos recurrir a la ecografía abdominal simple o con doppler color en donde fácilmente

comprobaremos si el útero está vacío, o bien si permanece tejido placentario o membranas y determinar el legrado uterino.

2.2.5.2. Complicaciones de la retención de restos placentarios

Hemorragia por retención de restos placentarios.

La contracción y las retracciones uterinas empiezan luego de la expulsión de la placenta y su correcta expulsión permite una contracción y oclusión vasos sanguíneos respectivos. Las lesiones del endometrio ocasionado por abortos anteriores, legrados frecuentes de endometritis, etc., originan la implantación irregular de la placenta y facilitan la retención de membranas y de partes de cotiledones en proporciones variables. En el caso de las membranas retenidas generalmente son expulsadas en forma espontánea, originando solo pequeñas pérdidas sanguíneas.

En el caso de la retención de fragmentos de cotiledones o de parte de la placenta, se producen graves hemorragias en las zonas donde se desgarran los vasos, debido a que estos permanecen abiertos sangrando en forma continua.¹⁷

En algunos casos los restos placentarios retenidos se necrosan persistiendo los loquios sanguíneos, lo que además predispone a la infección como agravando el cuadro.

Normalmente, después de la expulsión de la placenta esta debe ser

examinada; más aún, si luego de su expulsión existe sangrado, la placenta debería obligatoriamente ser inspeccionada, para evidenciar la integridad de los vasos sanguíneos y la integridad de las membranas.

Tratamiento; consiste en la extracción delicada con pinzas de anillo y el legrado digital con todas las medidas de asepsia; pueden usarse una cureta grande y fenestrada para hacer el barrido de la cavidad uterina, pero jamás se usarán las llamadas curetas de cotiledones cuyos bordes afilados y el raspado que se hacen con ella significan graves lesiones en las paredes uterinas, determinantes en el futuro de bridas y adherencias entre las paredes uterinas, y sus secuelas posteriores.¹⁷

2.2.6. FACTORES MATERNOS ASOCIADOS A LA RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS

Edad: Tiempo de años de existencia desde el nacimiento. El embarazo antes de los 20 y después de los 35 años, se asocia a un mayor riesgo materno y perinatal. El embarazo en menores de 20 años o embarazo adolescente, además del mayor riesgo biológico que implica, genera una situación de riesgo social la madre, el embarazo en mujeres de 35 años o más se asocia a un aumento del riesgo de presentar una serie de patologías propias de la gestación que traen como consecuencia una mayor probabilidad de muerte materna. Adolescentes, aquellas menores de 19 años, en la cual se adquiere la capacidad reproductiva, en el que transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y predominan los cambios físicos, psicológicos y sociales.²

Paridad: Clasificación de una mujer por el número de hijos nacidos vivos y fetos muertos con más de 500 gr. de peso o con más de 22 semanas de gestación.

Pazán, en su estudio menciona que el útero va perdiendo su normalidad fisiológica, las fibras musculares disminuyen su elasticidad y contractilidad, por lo que en el parto y alumbramiento el útero se contrae con escasa energía produciéndose complicaciones de resistencia a nivel del cuello uterino, lo cual puede ser causa de retención placentaria, atonía uterina, desgarros de partes blandas.¹⁰

Antecedente de aborto: Interrupciones anteriores ya sea espontánea o inducida del embarazo antes del que el feto haya alcanzado un grado suficiente de desarrollo como para poder sobrevivir fuera del útero.

Antecedentes de Legrado Uterino: Anterior evacuación del contenido uterino y raspado mensurado del endometrio. Al presentarse el aborto, las carúnculas y cotiledones no se encuentren lo suficientemente maduros como para llevar a cabo la expulsión normal de la placenta. Los excesos de raspado del contenido uterino pueden afectar la capa basal del endometrio, por lo que la placenta se adhiere directamente al miometrio presentándose diferentes grados de adherencia.¹⁸

Cesárea uterina previa: Anterior procedimiento que se realizó al útero mediante incisión quirúrgica. Existe suficiente evidencia científica que la cesárea incrementa el riesgo de placentación anormal en futuros embarazos. Se ha descrito un riesgo mayor de placenta previa en

aquellas pacientes con cesáreas previas, aumentando con el número creciente de cesáreas previas. El periodo intergenésico corto puede causar complicaciones en el mecanismo de expulsión de la placenta.¹⁷

Trabajo de parto prolongado: Se considera trabajo de parto prolongado cuando han transcurrido más de 14 horas para una primigesta y más de doce horas para una multípara desde el inicio del trabajo de parto verdadero (4cm) hasta el nacimiento del producto. Hayashi y Masatoshi encontraron en úteros de pacientes histerectomizadas por Hemorragia posparto lesiones a nivel del musculo que presento desgarros de sus fibras y la consecuente incapacidad de contraerse adecuadamente en multíparas y en mujeres que tuvieron trabajo de parto prolongado.¹

Alumbramiento Dirigido: En el alumbramiento dirigido, la expulsión de los anexos ovulares se logra mediante la administración de sustancias de acción contráctil sobre el útero, en el momento de la expulsión de la cabeza o del hombro anterior fetal. El alumbramiento dirigido tiene por finalidad acelerar la expulsión placentaria y disminuir la hemorragia, para ello se requiere la elevación del tono y la frecuencia de las contracciones lo que se consigue con el uso de oxitócicos; pero es necesario recalcar que solo deben usar este método quienes conozcan bien la fisiología, la clínica del tercer periodo del parto además los fundamentos farmacológicos del empleo terapéutico de la droga en mención.

Paxmore cita que en momento de la administración de estas drogas se realice cuando se produzca el coronamiento o cuando se expulse el

hombro anterior. Considera que este último es el más seguro, ya que lleva menos riesgo de retraso en la expulsión del feto, después que el útero ha quedado tónicamente contraído en respuesta al oxitócico a título profiláctico inmediatamente de la expulsión fetal, así cuanto más precoces y enérgicas sean las contracciones, el desprendimiento placentario será más rápido y completo, consecuentemente su descenso y salida al exterior y la pérdida sanguínea será mucho menor.

Esto fue demostrado por Prado en su estudio sobre la contractilidad uterina con el uso de estas drogas, la administración precoz de estas dirigidas pretende evitar o reducir las complicaciones en el periodo de alumbramiento. Previene la sub involución uterina y la endometritis.

Es ya común la administración sistemática de oxitócicos por vía endovenosa o intramuscular en la etapa del alumbramiento, para acortar su duración, hacer más completa la separación placentaria, disminuir el sangrado fisiológico del alumbramiento y reducir la hemorragia del alumbramiento y disminuir sus complicaciones.⁸

Ruptura prematura de membranas: La ruptura prematura de membranas se define como una solución de continuidad en las membranas ovulares que permite la salida del líquido amniótico después de la semana 22 de gestación y antes del inicio del trabajo de parto. El tiempo que transcurre entre la ruptura de membranas y el inicio del trabajo de parto se denomina periodo de latencia. Cuando esté es superior a las 24 horas se considera la ruptura prematura de membranas

como prolongada.

Etiología de la ruptura prematura de membranas no ha sido aun claramente establecida, aunque se ha identificado algunos factores predisponentes que actuarían modificando la elasticidad de las membranas ovulares, las cuales en condiciones normales pueden soportar presiones hasta de 393 mm Hg. Sin embargo la zona de las membranas que se presentan al orificio cervical interno y en algunas características especiales que facilitarían su ruptura como son su menor desarrollo y nutrición, la mayor tensión – estiramiento por la ausencia de pared uterina a ese nivel y el contacto directo como el moco cervical y elementos patógenos o no de la flora vaginal, entre otros tenemos:

- Traumatismos y complicaciones de procedimientos invasivos.
- Estiramientos de las membranas: Incompetencia cervical, polihidramnios, embarazo múltiple.
- Infección local por Trichomonas, estreptococo grupo B, Clamydia, Ureaplasma.
- Alteraciones de las propiedades físicas de las membranas por déficit de Vitamina C, cobre o Zinc.

La frecuencia es de 16% a 21% en embarazos a término y 15% a 45% en el embarazo pre-término. Como consecuencia de una ruptura prematura de membranas esta una infección de amnios y corion (corioamnionitis).

Otras complicaciones de la ruptura prematura de membranas son: Aborto, óbito fetal, endometritis, retención de membranas, retención de cotiledones, sepsis puerperal, hemorragia post parto.⁸

Expulsivo Prolongado: El periodo expulsivo, vendría a ser el segundo periodo del parto, este comienza inmediatamente después de la fase activa de primer periodo, es decir, cuando el cuello cervical ha alcanzado los 10 cm de dilatación y termina con la expulsión del feto. Este periodo se puede ver alterado por distintas razones: poca contractilidad uterina, pujos ineficientes los cuales pueden comprometer la salud del recién nacido y de la madre.²⁰

Si el periodo expulsivo llegara a prolongarse, puede generar en la madre un agotamiento físico el cual expandiría mucho más el tiempo de este periodo. La duración de este periodo será aproximadamente: de 45 minutos a 1 hora en caso de primíparas y hasta 30 minutos en caso de multíparas. En caso de sobrepasar estas cifras estaríamos hablando de un periodo expulsivo prolongado con probable complicación, durante la expulsión del producto o después en el periodo de alumbramiento, esto también dependerá del proceso de descenso en caso de primíparas a los 30 min de no haber progreso en el descenso deberá evaluarse y aplicarse correctivos según protocolo.

Algunas de las causas de los expulsivos prolongados pueden ser:

- Circular de cordón
- Incompatibilidad feto pélvica
- Feto macrosómico
- Cese de contracciones⁸

Alumbramiento Prolongado: Este periodo, empieza después de la expulsión del producto hasta la expulsión de la placenta, este periodo no debe durar más de 30 min.

También llamado tercer periodo del trabajo de parto, aunque sea el último. El proceso del trabajo de parto puede complicarse de tal manera que comprometer la vida materna incluso días después de haber expulsado la placenta.²⁰

Para un buen manejo de este periodo necesitaremos:

- Prevenir posibles complicaciones.
- Detectar y evaluar los límites fisiológicos del alumbramiento.

Esto se logrará mediante una acertada valoración de los signos del desprendimiento placentario, una sistematizada extracción placentaria y un control de puerperio inmediato.

Actualmente contamos con el alumbramiento dirigido y manejo activo del tercer periodo de parto, es decir el uso de oxitócicos profilácticos para prevenir las posibles complicaciones de este periodo. Así mismo un estricto control de la hemorragia durante el alumbramiento y la P/A de la paciente indicarán un buen manejo de este periodo.

Al expulsar la placenta realizar una revisión de la integridad de esta, cotiledones y membranas.

La retención de membranas o placenta puede ser a causa de un mal uso de maniobras de alumbramiento o también por un periodo de alumbramiento intempestivo.

Dentro del puerperio inmediato se debe realizar un estricto control de funciones vitales de la madre así como masaje uterino y revisión del globo de seguridad de pinard. Para prevención de atonía uterina y posible hemorragia.²⁰

Anemia: Durante el embarazo el sistema hematológico experimenta importantes cambios para cumplir con las exigencias de soporte nutricional; un primer gran cambio es en el volumen sanguíneo materno que empieza a aumentar durante el primer trimestre. Para las 12 semanas de amenorrea el volumen plasmático es casi 15% mayor que el previo al embarazo incrementándose con más rapidez durante el segundo trimestre llegando hasta un 40 a 45%, luego aumenta a un ritmo mucho menor durante el tercer trimestre para alcanzar una meseta en las últimas semanas. La expansión del volumen sanguíneo se debe al aumento del plasma y eritrocitos, aunque casi siempre se agrega más plasma que eritrocitos (450 ml en promedio) a la circulación materna; con la finalidad de cubrir las demandas metabólicas, aportar una abundancia de nutrientes, proteger a la madre y al feto contra los efectos nocivos de la disminución del retorno venoso en diferentes posiciones y salvaguardar contra efectos adversos de la pérdida sanguínea relacionadas al parto.

Es necesario mencionar que los requerimientos de nutrientes se aumentan con el embarazo y el hierro no es la excepción es así que en una gestación única típica la necesidad materna de hierro promedia cerca de 1000 mg. De estos 300mg para el feto y la placenta y 500mg si están disponibles para la expansión para la masa de hemoglobina materna, así

como 200mg mas las cuales se eliminan por el intestino, la orina y la piel. La cantidad de 1000 mg excede de modo considerable las reservas de hierro de la mayoría de las mujeres y da por resultado anemia.²⁴

Parto prematuro: El parto prematuro es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por la Federación Internacional de Gineco-Obstetricia (FIGO) como el nacimiento que tiene lugar desde las 22 semanas hasta antes de completarse las 37 semanas o antes de 259 días de gestación, 500 g de peso o 25 cm de longitud cefalo-caudal; causadas por varias condiciones clínicas que ocurren en la gestación actual o en gestaciones anteriores.

Entre las regiones donde se registra el porcentaje más alto de recién nacidos muy prematuros, se encuentran Ayacucho (12,7%), Junín (12,2%), Tacna (12,2%), Ancash (11,9%), Piura (10,6%) y Arequipa (10,3%); mientras que en la región de Amazonas (6%) representa el porcentaje más alto del grupo de los prematuros extremos.

Sabemos que el parto pretérmino se ha asociado con múltiples factores como lo son el antecedente de tener un parto pretérmino, la anemia, el consumo de tabaco, la ruptura prematura de membranas, la preeclampsia, el sangrado transvaginal, la infección del tracto urinario, el control prenatal inadecuado, el embarazo adolescente, tener una edad materna mayor de 35 años, el polihidramnios, el antecedente de aborto, el

embarazo gemelar. Pero a pesar los diversos estudios que se han realizado, su etiología aún no ha sido determinada en su totalidad.²⁵

2.3. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Ho: Los factores de riesgo Gineco-Obstétricos como la cesárea previa, ruptura prematura de membranas, expulsivo prolongado, alumbramiento prolongado, alumbramiento dirigido y los factores de riesgo materno como la edad, paridad y antecedentes de abortos, no tienen asociación estadística significativa con la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital de Apoyo de Cangallo “Juan Fukunaga Soyama”, durante los años 2016 al 2018.

H1: Los factores de riesgo Gineco-Obstétricos como la cesárea previa, ruptura prematura de membranas, expulsivo prolongado, alumbramiento prolongado, alumbramiento dirigido y los factores de riesgo materno como la edad, paridad y antecedentes de abortos, tienen asociación estadística significativa con la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital de Apoyo de Cangallo “Juan Fukunaga Soyama”, durante los años 2016 al 2018.

2.4. VARIABLES

V1: VARIABLE INDEPENDIENTE

Factores de riesgo:

Factores Gineco-obstétricos:

- Cesárea previa
- Ruptura prematura de membranas
- Expulsivo prolongado
- Alumbramiento prolongado
- Alumbramiento dirigido

Factores maternos:

- Edad
- Paridad
- Antecedentes de abortos

V2: VARIABLE DEPENDIENTE

Puérperas con retención de restos placentarios

2.5. DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE TÉRMINOS

Factores de riesgo; es el conjunto de fenómenos, características o condiciones detectables que posibilitan o incrementan la probabilidad de desencadenar riesgos de salud en el embarazo.

Cesárea Previa; anterior procedimiento quirúrgico que se realizó al útero para el parto por cesárea.

Ruptura Prematura de membranas; es una solución de continuidad en las membranas ovulares que permite la salida del líquido amniótico después de la semana 22 de gestación y antes del inicio del trabajo de parto.

Expulsivo prolongado; La duración de este periodo será aproximadamente: hasta 1 horas en caso de primíparas y hasta 30 minutos en caso de multíparas. En caso de sobrepasar estas cifras estaríamos hablando de un periodo expulsivo prolongado con probable complicación, durante la expulsión del producto o después en el periodo de alumbramiento.

Alumbramiento prolongado; Este periodo, empieza después de la expulsión del producto hasta la expulsión de la placenta. Cuando este periodo dura más de 30 minutos estamos frente a un alumbramiento prolongado.

Alumbramiento dirigido; En el alumbramiento dirigido, la expulsión de los anexos ovulares se logra mediante la administración de oxitocina 10

U.I. por vía IM, el cual ejerce acción contráctil sobre el útero, en el momento de la expulsión de la cabeza o del hombro anterior fetal.

Edad Materna; es el tiempo de años de existencia desde el nacimiento. El embarazo antes de los 20 y después de los 35 años, se asocia a un mayor riesgo materno y perinatal.

Paridad; clasificación de una mujer por el número de hijos nacidos vivos y fetos muertos de más de 22 semanas de concebido.

Antecedente de aborto; interrupciones anteriores del embarazo ya sea espontanea o inducida del embarazo antes de las 22 semanas de gestación; en la cual el feto todavía no alcanzado un grado suficiente de desarrollo como para poder sobrevivir fuera del útero.

Retención de restos placentarios; Es cuando alguna parte de la placenta se encuentra retenida dentro del útero, con cierta frecuencia no es toda la placenta, sino uno o varios cotiledones y/o membranas ovulares.

Factores ginecobstetricos; Son condiciones ginecológicas y obstétricas que predisponen a un determinado comportamiento o cambio en el embarazo parto o puerperio.

El puerperio; Es el tiempo que pasa desde la expulsión de la placenta o alumbramiento hasta que el aparato reproductor vuelve al estado anterior al embarazo.

Periodo intergenésico; Son los intervalos de tiempo por cada embarazo; es importante para identificar el grado de riesgo en especial los intervalos

extremos.

Infección puerperal; Incidencia de 1-8% de las puérperas y una de las tres causas de mortalidad materna en el mundo la más frecuente es la endometritis.

Puérpera inmediata; Es la mujer que ha tenido un parto ya sea por vía vaginal o cesárea en las primeras 24 horas luego de la expulsión de la placenta.

Puérpera mediata; Se considera desde el 2° día hasta el 10° día después del parto.

Puérpera tardía; Se considera desde el día 11° hasta los 42° días, fecha considerada clásicamente como la finalización del puerperio. Durante este intervalo la reconstitución de la mujer a su estado pregravídico llega casi a su término.

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de Investigación

Aplicada

3.2. Nivel de Investigación

Analítico de caso - control

3.3. Métodos de Investigación

Cuantitativa transversal retrospectiva

3.4. Diseño de Investigación

No experimental

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población

Estuvo constituida por la totalidad de historias clínicas de puérperas con retención de restos placentarios, atendidas en el Hospital de Apoyo de Cangallo “Juan Fukunaga Soyama” durante los años 2016 al 2018.

3.5.2. Muestra

CASO: Conformado por 105 historias clínicas de puérperas con retención de restos placentarios, atendidas en el Hospital de Apoyo de Cangallo “Juan Fukunaga Soyama”, durante los años 2016 al 2018.

CONTROL: Conformado 105 historias clínicas de puérperas sin retención de restos placentarios, atendidas en el Hospital de Apoyo de Cangallo “Juan Fukunaga Soyama”, durante los años 2016 al 2018.

3.5.3. Tamaño de muestra

El tamaño de la muestra fue de 210 historias clínicas de puérperas; el cual para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la tabla de tamaño de muestra requerido en la comparación de 2 grupos para detectar variaciones entre p_1 y p_2 ; alfa (α)=0.05 Y BETA (β)=0.20 del módulo de apoyo en metodología estadística²¹. (Anexo II)

GRUPOS MUESTRALES	N°
Puérperas con retención de restos placentarios (Casos)	105
Puérperas sin retención de restos placentarios (Controles)	105
Total	210
Tipo de muestreo No probabilístico, intencional por conveniencia. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Historia clínica de mujeres puérperas con y sin retención de restos placentarios. Historias clínicas completas. EXCLUSIÓN Historia clínica de puérperas con cesáreas. Historias clínicas incompletas.	

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TÉCNICA

Revisión de historias clínicas.

INSTRUMENTO

Historias clínicas.

Ficha de recolección de datos.

FUENTES

La fuente de información es secundaria, es decir que se obtuvieron los datos de las historias clínicas.

3.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

A través del Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud se solicitó autorización a la Directora del Hospital de Apoyo de Cangallo “Juan Fukunaga Soyama”, para la recolección de datos del presente trabajo de investigación.

Una vez conseguido la autorización, se procedió a identificar las historias clínicas de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

La información contenida en las historias clínicas de aquellas mujeres que tuvieron retención de restos placentarios fue anotada en la ficha de recolección de datos estructurados de acuerdo a las variables de estudio.

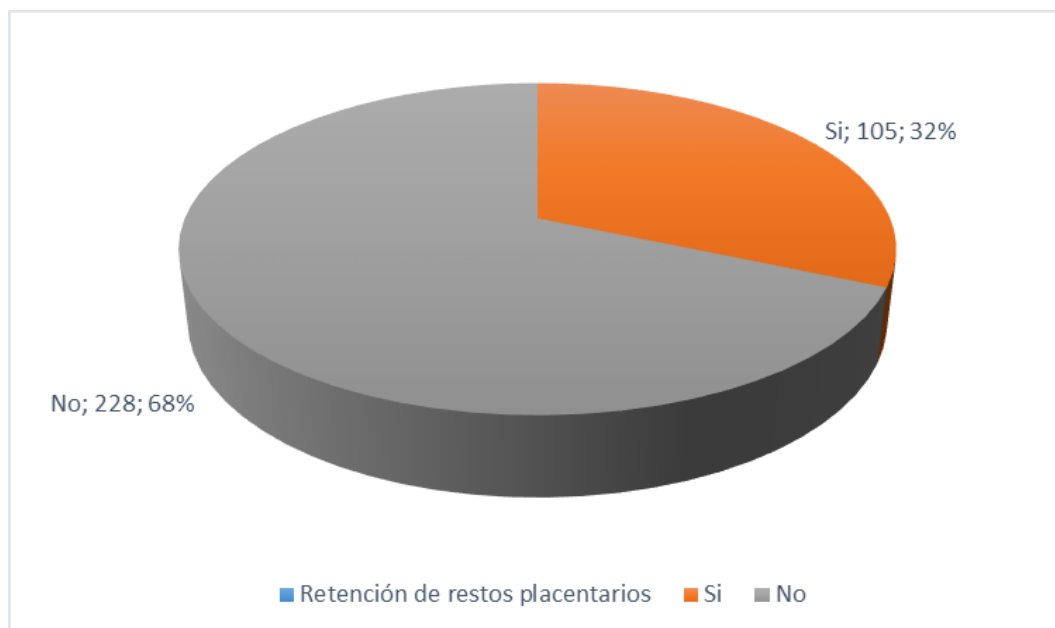
Concluido con el recojo de información se procedió a la codificación de cada instrumento de recolección de datos para crear la base de datos primaria en la hoja de cálculo Excel.

3.8. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Luego los datos de la hoja de cálculo Excel fueron exportados al Software Estadístico IBM SPSS 24.0 (*Statistical Package for Social Science*), con los cuales se presentan cuadros de una y doble entrada, a los cuales se les aplicó la prueba estadística de Chi Cuadrado. Así mismo se aplicó la prueba de regresión logística Odds Ratio (OR) para identificar el factor de riesgo en los grupos en estudio de casos y controles.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN



Fuente: Ficha de recolección de datos

Grafico 1. Incidencia de retención de restos placentarios en puérperas del Hospital de Apoyo de Cangallo “Juan Fukunaga Soyama” durante los años 2016 al 2018.

El gráfico 1 representa la incidencia de retención de restos placentarios durante los años 2016 al 2018, donde se observa que durante este periodo de 3 años en el Hospital de Cangallo se atendieron un total de 333 partos vaginales, de las cuales el 68%(228) no hubo retención de restos placentarios; sin embargo, se aprecia que en el 32%(105) puérperas se presentó la retención de restos placentarios por diferentes causas.

Por lo tanto; se concluye que la incidencia de retención de restos placentarios en el Hospital Juan Fukunaga Soyama de Cangallo durante los años 2016 al 2018 es de 32%.

La retención de placenta y/o membranas ovulares es una complicación importante y preocupante para cualquier profesional de la salud ya que

esta desencadena diversas emergencias obstétricas como hemorragia, sepsis y hasta puede terminar en muerte materna.

El presente estudio nos brinda datos actualizados e importantes sobre la realidad de esta complicación en la provincia de Cangallo del periodo de alumbramiento, así pues tenemos que de 333 (100%) de partos vaginales atendidos en el Hospital Juan Fukunaga Soyama durante los años 2016 al 2018, el 32% presentaron retención de placenta y/o membranas ovulares en relación a la atención de partos; es decir que de cada 100 partos vaginales 32 presentaron retención de placenta y/o membranas ovulares, este índice ha ido creciendo en los últimos 4 años.

Para **Cuestas Meneses, Haiddy¹ S. et al (Huánuco; 2015)** en su investigación sobre **“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 durante el año 2012”** quienes realizaron un estudio retrospectivo de casos y controles, que involucró 294 historias clínicas de puérperas del servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizán durante el año 2012, reportando que durante el período de estudio, hubo 147 casos de retención placentaria de un total de 1498 atenciones puerperales, haciendo una incidencia de 9,81%.

De la misma manera **Lazo Escobedo, Alejandra⁸ et al (Arequipa; 2016)** en su investigación **“Factores de Riesgo Asociados a la Retención de Placenta y/o Membranas Ovulares en Partos a Término, Hospital**

Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, Enero a Diciembre del 2015” realizó un estudio de nivel: Analítico y Relacional, en la cual se tuvo una muestra de 115 casos y 115 controles, mediante una ficha de recolección de datos se seleccionaron y revisaron las historias clínicas, teniendo como resultado lo siguiente; los partos vaginales a término atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante el año 2015 fueron el 45,5%, mientras que un 3,8% presentaron retención de placenta y/o membranas ovulares.

También **Bedriñana Muñoz, Katherine³ (Ayacucho; 2015)** en su investigación de **Factores asociados a la retención de restos placentarios en parturientas del Hospital Regional de Ayacucho**, realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, hallando en la presente investigación 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 pre término, el mayor número de abortos y el alumbramiento espontáneo.

TABLA N° 1

La edad como factor de riesgo de retención de restos placentarios en puérperas del Hospital de Apoyo de Cangallo “Juan Fukunaga Soyama” durante los años 2016 al 2018.

Edad materna (En años)	Retención de restos placentarios			
	Si (casos)		No (control)	
	N°	%	N°	%
10-19	27	25,7	19	18,1
20-35	43	41,0	60	57,1
≥36	35	33,3	26	24,8
TOTAL	105	100,0	105	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi^2 = 5,525 \quad \chi_t^2 = 5,991 \quad p > 0,05 \quad gl=2$$

En la Tabla N° 1 se observa que del total 100%(105) puérperas con retención de restos placentarios, el grupo de edad predominante fue el de 20 a 35 años, representando el 41,0%(43) luego 33,3%(35) tuvieron igual o mayor a 36 años; en tanto del grupo de puérperas 100,0%(105) sin retención de restos placentarios, el 57,1%(60) tuvieron edades entre 20 a 35 años y el 24,8%(26) refieren tener una edad igual o mayor a 36 años.

Por tanto; se concluye que el 41,0% de puérperas con retención de restos placentarios tuvieron una edad entre 20 a 35 años.

Resultados que al ser analizados mediante el estadístico del Chi cuadrado, demuestra que no hay diferencia estadística entre las variables confrontadas ($p > 0,05$); es decir que la edad de las puérperas no está relacionada directamente con la retención de restos placentarios presentadas por éstas.

Se observa que la edad entre 20 a 35 años de las puérperas es más representativo en ambos grupos de estudio, lo cual significa que existe una población joven en la provincia de Cangallo que se embaraza y que el 41% de ellas terminan con retención de restos placentarios; sin embargo no existe una diferencia significativa con el grupo de puérperas sin retención de restos placentarios.

Algo similar encontró **Gálvez Rojas, Medali² (Huancavelica; 2016)** en su tesis “**Factores Gineco-Obstétricos asociados a la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital de Pampas – Tayacaja. 2016**” con una investigación fue analítica, observacional, retrospectiva. El nivel fue explicativo. El diseño fue de casos y controles. Los casos fueron 80 puérperas que presentaron retención de restos placentarios registradas en el Hospital de Pampas Tayacaja, durante el año 2016; los controles fueron 240 puérperas que no presentaron retención de restos placentarios, donde refiere que para los factores edad de la madre = a 19 años, edad de la madre de 20 a 34 años, edad de la madre = a 35 años; se encontró un Chi-cuadrado de Pearson menor a 3.841 y un p-valor mayor a 0.05; por lo cual estos factores no se asocian con la retención de restos placentarios en las puérperas atendidas en el Hospital de Pampas – Tayacaja, 2016. Para los factores edad de la madre = a 19 años, edad de la madre de 20 a 34 años, edad de la madre = a 35 años; se encontró Odds Ratio de 0.758, 0.929, 1.746 respectivamente lo que indica que no es significativo y no son factores de riesgo para la retención de restos placentarios.

Resultados similares también refiere **Lazo Escobedo, Alejandra⁸** et al (Arequipa; 2016) en su investigación **“Factores de Riesgo Asociados a la Retención de Placenta y/o Membranas Ovulares en Partos a Término, Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, enero a diciembre del 2015”**. En su investigación de Casos y Controles, Retrospectiva y Transversal. Analítico y Relacional, en la cual se tuvo una muestra de 115 casos y 115 controles, donde reportan que 64,3% y 59,1% fueron puérperas con edades entre 20 a 34 años en los casos y controles respectivamente y concluye que la edad y la retención de placenta y/o membranas ovulares no presentan relación estadística significativa ($p>0.05$) según la prueba de chi cuadrado.

TABLA N° 2

La paridad como factor de riesgo de retención de restos placentarios en puérperas del Hospital de Apoyo de Cangallo “Juan Fukunaga Soyama” durante los años 2016 al 2018.

Paridad	Retención de restos placentarios			
	Si (casos)		No (control)	
	N°	%	N°	%
Primípara	30	28,6	41	39,0
Múltipara	75	71,4	64	61,0
TOTAL	105	100,0	105	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$\chi^2 = 2,575$ $\chi^2_t = 3,841$ $p > 0,05$ $gl=1$
 OR: 0,624 IC 95% [0,351 – 1,112]

La Tabla N° 2 muestra que del total 100%(105) puérperas con retención de restos placentarios, el 71,4%(75) fueron múltiparas y 28,6%(30) fueron primíparas; en tanto del grupo de puérperas 100,0%(105) sin retención de restos placentarios, el 61,0%(64) fueron múltiparas y 39,0%(41) fueron primíparas.

Por tanto; se concluye que el 71,4% de puérperas con retención de restos placentarios fueron múltiparas.

Resultados que al ser analizados mediante el estadístico del Chi cuadrado, demuestra que no hay diferencia estadística entre las variables confrontadas ($p>0,05$); es decir que la paridad de las puérperas no está relacionada directamente con la retención de restos placentarios presentadas por éstas. De igual manera al aplicar medidas de regresión logística se halló un OR de 0,624 con un intervalo de confianza al 95%

(0,351-1,112) y como el 1 está contenido en el intervalo de confianza al 95% este resultado no es significativo, lo que implica que la paridad no es un factor de riesgo para la retención de restos placentarios.

Mayormente se concentran las multíparas en ambos grupos de estudio, lo cual refleja que las mujeres de la zona rural que acuden al Hospital de Cangallo, tienen más de 2 hijos, lo cual conllevaría al deterioro del aparato reproductor femenino y por ende la retención de restos placentarios por una disminución del tono uterino producto de un relajamiento de la fibra muscular uterina.

Resultados similares refiere **Lazo Escobedo, Alejandra⁸ et al (Arequipa; 2016)** en su investigación **“Factores de Riesgo Asociados a la Retención de Placenta y/o Membranas Ovulares en Partos a Término, Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, enero a diciembre del 2015”**. En su investigación de Casos y Controles, Retrospectiva y Transversal. Se trata de un estudio de nivel: Analítico y Relacional, en la cual se tuvo una muestra de 115 casos y 115 controles, donde reportan que 40,9% y 38,3% fueron primíparas en los casos y controles respectivamente y concluye que la paridad y la retención de placenta y/o membranas ovulares no presentan relación estadística significativa ($p > 0.05$) según la prueba de chi cuadrado.

Sin embargo nuestros resultados no coinciden con **Coviello E, et al²² (Norteamérica; 2015)**; quienes llevaron a cabo un estudio con la finalidad de reconocer la influencia de la multiparidad respecto al riesgo de desarrollar retención placentaria en gestantes no expuestas a cesárea,

por medio de un estudio retrospectivo de casos y controles en el que se incluyeron a 91 291 gestantes con más de 24 semanas de edad gestacional; de los cuales 1047 se complicaron con retención placentaria; observando que la multiparidad fue un predictor significativo de retención placentaria (OR 4.56; IC 95%=2.08-9.94)

TABLA N° 3

El antecedente de aborto como factor de riesgo de retención de restos placentarios en puérperas del Hospital Juan Fukunaga Soyama de Cangallo durante los años 2016 al 2018.

Antecedente de aborto	Retención de restos placentarios			
	Si (casos)		No (control)	
	N°	%	N°	%
Si	51	48,6	14	13,3
No	54	51,4	91	86,7
TOTAL	105	100,0	105	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$\chi^2 = 30,503$ $\chi^2_t = 3,841$ $p < 0,05$ $gl=1$
 OR: 6,139 IC 95% [3,109 – 12,123]

En la Tabla N° 3 se observa que del total 100%(105) puérperas con retención de restos placentarios, el 51,4%(54) no tuvieron antecedente de aborto y 48,6%(51) si refieren haber tenido antecedente de aborto; en tanto del grupo de puérperas 100,0%(105) sin retención de restos placentarios, el 86,7%(91) no manifiestan haber tenido antecedente de aborto y 13,3%(14) si tuvieron antecedente de aborto.

Por tanto; se concluye que el 48,6% de puérperas con retención de restos placentarios tuvieron antecedente de aborto.

Resultados que al ser analizados mediante el estadístico del Chi cuadrado, demuestra que hay diferencia estadística entre las variables confrontadas ($p < 0,05$); es decir que el antecedente de aborto de las puérperas está relacionado directamente con la retención de restos placentarios presentadas por éstas. De igual manera al aplicar medidas

de regresión logística se halló un OR de 6,139 lo que implica que las puérperas que tuvieron como antecedente un aborto tienen 6 veces más probabilidad de riesgo para la retención de restos placentarios en comparación a las que no presentaron como antecedente el aborto.

Las mujeres con antecedente de aborto pueden tener el endometrio empobrecido o con cicatrices cuando el legrado uterino es realizado con técnicas incorrectas, en la cual 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 pueden ocasionar problemas de retención de restos placentarios.³

Resultados similares refiere **Lazo Escobedo, Alejandra⁸ et al (Arequipa; 2016)** en su investigación **“Factores de Riesgo Asociados a la Retención de Placenta y/o Membranas Ovulares en Partos a Término, Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, enero a diciembre del 2015”**. En un estudio de nivel: Analítico y Relacional, en la cual se tuvo una muestra de 115 casos y 115 controles, encontró que los partos vaginales a término atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante el año 2015 fueron el 45,5%, mientras que un 3,8% presentaron retención de placenta y/o membranas ovulares. Las mujeres con aborto previo tienen 2.69 más veces de riesgo de padecer retención de placenta y/o membranas ovulares con respecto a las que no tuvieron abortos. Las mujeres con enfermedad hipertensiva del

embarazo tienen 4.80 más veces de riesgo de padecer retención de placenta y/o membranas ovulares.

TABLA N° 4

El antecedente de cesárea como factor de riesgo de retención de restos placentarios en puérperas del Hospital de Apoyo de Cangallo “Juan Fukunaga Soyama” durante los años 2016 al 2018.

Antecedente de Cesárea	Retención de restos placentarios			
	Si (casos)		No (control)	
	N°	%	N°	%
Si	22	21,0	06	5,7
No	83	79,0	99	94,3
TOTAL	105	100,0	105	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$\chi^2 = 10,549$ $\chi^2_t = 3,841$ $p < 0,05$ $gl=1$
 OR: 4,373 IC 95% [1,694 – 11,293]

La Tabla N° 4 muestra que del total 100%(105) puérperas con retención de restos placentarios, el 79,0%(83) no tuvieron antecedente de cesárea y 21,0%(22) si refieren haber tenido una cesárea; asimismo del grupo de puérperas 100,0%(105) sin retención de restos placentarios, el 94,3%(99) no manifiestan haber tenido cesárea y 5,7%(06) si tuvieron antecedente de cesárea.

Por tanto; se concluye que el 21,0% de puérperas con retención de restos placentarios tuvieron antecedente de cesárea.

Resultados que al ser analizados mediante el estadístico del Chi cuadrado, demuestra que hay diferencia estadística entre las variables confrontadas ($p < 0,05$); es decir que el antecedente de cesárea de las puérperas está relacionado directamente con la retención de restos placentarios presentadas por éstas. De igual manera al aplicar medidas

de regresión logística se halló un OR de 4,373 lo que implica que las puérperas que tuvieron como antecedente la cesárea tienen 4 veces más probabilidad de riesgo para la retención de restos placentarios en comparación a las que no presentaron como antecedente la cesárea.

La cesarea en la actualidad se ha convertido de solución a problema, porque trae muchas consecuencias en lo posterior; la cual es un procedimiento de cirugía mayor que consiste en la incisión de la pared uterina para poder extraer al bebe; con lo cual se produce cicatrices a nivel del endometrio; esto explica porque en la mayoría de puérperas con antecedentes de cesarea se produjo la retención de restos placentarios en el Hospital de Cangallo. Esta variable influye directamente con significancia estadística ($p < 0,05$) y es un factor de riesgo para la retención de restos placentarios.

Resultados similares refiere **Negreiros Paredes, Rene Eugenia¹²** (Trujillo; 2018) en su investigación **“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”** quien aplicó un diseño de casos y controles, fue un muestreo aleatorio simple con 40 casos clínicos de pacientes que tuvieron retención placentaria (casos) y 40 que no tuvieron retención placentaria (controles). Los principales resultados respecto al antecedente de cesárea fueron que de 7 pacientes con cesárea previa el 2.5% presentaron retención placentaria y el 15% no presentaron. Así también de 73 pacientes que no tuvieron cesárea previa,

el 97.5% presentaron retención placentaria y el 85% no presentaron retención placentaria. Al aplicar $OR=0.145$ determinando que la cesárea previa no es un factor de riesgo asociado a la retención placentaria.

TABLA N° 5

Ruptura prematura de membranas como factor de riesgo de retención de restos placentarios en puérperas del Hospital de Apoyo de Cangallo “Juan Fukunaga Soyama” durante los años 2016 al 2018.

Ruptura prematura de membranas	Retención de restos placentarios			
	Si (casos)		No (control)	
	N°	%	N°	%
Si	22	21,0	19	18,1
No	83	79,0	86	81,9
TOTAL	105	100,0	105	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$\chi^2 = 0,273$ $\chi^2_t = 3,841$ $p > 0,05$ $gl=1$
 OR: 1,200 IC 95% [0,605 – 2,377]

La Tabla N° 5 muestra que del total 100%(105) puérperas con retención de restos placentarios, el 79,0%(83) no tuvieron RPM y 21,0%(22) si presentaron RPM; en tanto del grupo de puérperas 100,0%(105) sin retención de restos placentarios, el 81,9%(86) no tuvieron RPM y 18,1%(19) si presentaron RPM.

Por tanto; se concluye que el 21,0% de puérperas con retención de restos placentarios presentaron ruptura prematura de membranas.

Resultados que al ser analizados mediante el estadístico del Chi cuadrado, demuestra que no hay diferencia estadística entre las variables confrontadas ($p>0,05$); es decir que la RPM de las puérperas no está relacionada directamente con la retención de restos placentarios presentadas por éstas. De igual manera al aplicar medidas de regresión logística se halló un OR de 1,200 con un intervalo de confianza al 95%

(0,605 - 2,377) y como el 1 está contenido en el intervalo de confianza al 95% este resultado no es significativo, lo que implica que la RPM no es un factor de riesgo para la retención de restos placentarios.

La presente investigación radicó en determinar como factor de riesgo las distintas complicaciones obstétricas como la RPM que se relacionen con la retención de restos placentarios considerando que el embarazo y el parto son procesos fisiológicamente naturales propios de la naturaleza de la mujer, pero que no está exenta de conllevar a riesgos o complicaciones que puedan comprometer la vida de la madre y del feto.

Contrariamente a nuestros resultados **Medina Gómez, Yeni¹¹ (Huancavelica; 2017)** en su investigación **“Ruptura Prematura de Membranas y Retención de Restos Placentarios en Puérpera del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica, 2016”**.

Encontró que un 49% de puérperas finalizo con retención de restos placentarios, y un 51% de puérperas con ruptura prematura de membranas finalizo sin retención de restos placentarios; por lo que se concluye que existe asociación significativa entre la RPM y la RRP ($\chi^2=34,493$, $P<0.05$). Habiendo una relación de 3 a 1 es decir por cada 03 puérperas con RPM 01 realizará RRP.

TABLA N° 6

Expulsivo prolongado como factor de riesgo de retención de restos placentarios en puérperas del Hospital de Apoyo de Cangallo “Juan Fukunaga Soyama” durante los años 2016 al 2018.

Expulsivo prolongado	Retención de restos placentarios			
	Si (casos)		No (control)	
	N°	%	N°	%
Si	13	12,4	06	5,7
No	92	87,6	99	94,3
TOTAL	105	100,0	105	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$\chi^2 = 2,835$ $\chi^2_t = 3,841$ $p > 0,05$ $gl=1$
 OR: 2,332 IC 95% [0,851 – 6,389]

En la Tabla N° 6 se aprecia que del total 100%(105) puérperas con retención de restos placentarios, el 87,6%(92) no tuvieron expulsivo prolongado y 12,4%(13) si presentaron expulsivo prolongado; en tanto del grupo de puérperas 100,0%(105) sin retención de restos placentarios, el 94,3%(99) no tuvieron expulsivo prolongado y 5,7%(06) si presentaron expulsivo prolongado.

Por tanto; se concluye que el 12,4% de puérperas con retención de restos placentarios presentaron expulsivo prolongado.

Resultados que al ser analizados mediante el estadístico del Chi cuadrado, demuestra que no hay diferencia estadística entre las variables confrontadas ($p>0,05$); es decir que el expulsivo prolongado de las puérperas no está relacionado directamente con la retención de restos placentarios presentadas por éstas. De igual manera al aplicar medidas

de regresión logística se halló un OR de 2,332 con un intervalo de confianza al 95% (0,851 – 6,389) y como el 1 está contenido en el intervalo de confianza al 95% este resultado no es significativo, lo que implica que el expulsivo prolongado no es un factor de riesgo para la retención de restos placentarios.

Una de las fases del trabajo de parto es el periodo expulsivo, que suele tener una duración constante, a diferencia de la fase latente, que es mayor en las primíparas que en las multíparas. La duración promedio del expulsivo es de 45 minutos a una hora en las mujeres nulíparas y media hora en mujeres multíparas; si esto no se cumple se produce agotamiento materno porque en este periodo el útero se contrae con mayor frecuencia, duración e intensidad; y para el alumbramiento ya no tiene la suficiente capacidad para la expulsión total de la placenta.

Resultados similares encontró **Lazo Escobedo, Alejandra⁸ et al (Arequipa; 2016)** en su investigación **“Factores de Riesgo Asociados a la Retención de Placenta y/o Membranas Ovulares en Partos a Término, Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, enero a diciembre del 2015”**. En un estudio de nivel: Analítico y Relacional, en la cual se tuvo una muestra de 115 casos y 115 controles, refiere que los casos de expulsivo prolongado fueron de 4,3% y los controles 5,2% y concluye manifestando que el expulsivo prolongado y la retención de placenta y/o membranas ovulares no presentan relación estadística significativa ($p>0.05$), según la prueba de chi cuadrado.

Contrariamente a nuestros resultados manifiesta **Negreiros Paredes, Rene Eugenia¹² (Trujillo; 2018)** en su investigación **“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”** quien aplicó un diseño de casos y controles, fue un muestreo aleatorio simple con 40 casos clínicos de pacientes que tuvieron retención placentaria (casos) y 40 que no tuvieron retención placentaria (controles). El principal resultado respecto al expulsivo prolongado afirma que de 25 pacientes con expulsivo prolongado el 38% presentaron retención placentaria y el 25% no presentaron. Así también de 55 pacientes que no tuvieron parto prolongado, el 63% tuvieron retención placentaria y el 75% no tuvieron retención placentaria. Al aplicar $OR=1.80$ determinando que el parto prolongado es un factor de riesgo asociado a la retención placentaria.

TABLA N° 7

Alumbramiento prolongado como factor de riesgo de retención de restos placentarios en puérperas del Hospital de Apoyo de Cangallo “Juan Fukunaga Soyama” durante los años 2016 al 2018.

Alumbramiento prolongado	Retención de restos placentarios			
	Si (casos)		No (control)	
	N°	%	N°	%
Si	34	32,4	10	9,5
No	71	67,6	95	90,5
TOTAL	105	100,0	105	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$\chi^2 = 16,561$ $\chi^2_t = 3,841$ $p < 0,05$ $gl=1$
 OR: 4,549 IC 95% [2,108 – 9,818]

La Tabla N° 7 muestra que del total 100%(105) puérperas con retención de restos placentarios, el 67,6%(71) no tuvieron alumbramiento prolongado y 32,4%(34) si presentaron alumbramiento prolongado; asimismo del grupo de puérperas 100,0%(105) sin retención de restos placentarios, el 90,5%(95) no tuvieron alumbramiento prolongado y 9,5%(10) si tuvieron alumbramiento prolongado.

Por tanto; se concluye que el 32,4% de puérperas con retención de restos placentarios tuvieron alumbramiento prolongado.

Resultados que al ser analizados mediante el estadístico del Chi cuadrado, demuestra que hay diferencia estadística entre las variables confrontadas ($p < 0,05$); es decir que el alumbramiento prolongado de las puérperas está relacionado directamente con la retención de restos placentarios presentadas por éstas. De igual manera al aplicar medidas

de regresión logística se halló un OR de 4,549 lo que implica que las puérperas que tuvieron alumbramiento prolongado tienen 4 veces más probabilidad de riesgo para la retención de restos placentarios en comparación a las que no presentaron alumbramiento prolongado.

La duración de la tercera etapa del parto es importante, puesto que el riesgo de hemorragia puerperal está directamente relacionado con el alumbramiento prolongado, aunque en la bibliografía existe cierta diferencia a la hora de establecer márgenes de duración concretos. La Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal (2018) afirma que la duración de la tercera etapa del parto se considera prolongada si no se completa en los treinta minutos posteriores al nacimiento del neonato con el manejo activo y sesenta minutos con el alumbramiento espontáneo. Si no se produce la expulsión de la placenta pasado este tiempo se considera retención placentaria, conllevando a procedimientos como la extracción manual de placenta en la cual genera retención de restos placentarios.

Resultados similares refiere **Gálvez Rojas, Medali² (Huancavelica; 2016)** en su tesis **“Factores Gineco-Obstétricos asociados a la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital de Pampas – Tayacaja. 2016”** con una investigación analítica, observacional, retrospectiva. El nivel fue explicativo. El diseño fue de casos y controles. Los casos fueron 80 puérperas que presentaron retención de restos placentarios registradas en el Hospital de Pampas Tayacaja, durante el año 2016; los controles fueron 240 puérperas que no

presentaron retención de restos placentarios, quien encontró para la duración del alumbramiento dirigido mayor a 10 minutos como factor Gineco Obstétrico asociado a la retención de restos placentarios, se encontró un Chi-cuadrado de Pearson de 36.516, con una significancia estadística de 0.000 (P valor < 0.05). Lo que indica que este factor tiene una asociación estadísticamente significativa con la retención de restos placentarios. Se halló un Odds Ratio de 5.596 con un Intervalo de Confianza al 95% (3.092 – 10.127), Lo que indica que la duración del alumbramiento mayor a 10 minutos aumenta en 5.6 veces la posibilidad de tener una retención de restos placentarios en relación a las madres con una duración del alumbramiento igual o menor a 10 minutos.

TABLA N° 8

Alumbramiento dirigido como factor de riesgo de retención de restos placentarios en puérperas del Hospital de Apoyo de Cangallo “Juan Fukunaga Soyama” durante los años 2016 al 2018.

Alumbramiento dirigido	Retención de restos placentarios			
	Si (casos)		No (control)	
	N°	%	N°	%
Si	99	94,3	105	100,0
No	06	5,7	00	00
TOTAL	105	100,0	105	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$\chi^2 = 6,176$ $\chi^2_t = 3,841$ $p < 0,05$ $gl=1$
 OR: 0,485 IC 95% [0,421 – 0,559]

En la Tabla N° 8 se aprecia que del total 100%(105) puérperas con retención de restos placentarios, el 94,3%(99) tuvieron alumbramiento dirigido y al 5,7%(06) no se les realizó el alumbramiento dirigido; en tanto en el grupo de puérperas sin retención de restos placentarios, a todas se les realizó el alumbramiento dirigido al 100,0%(105).

Por tanto; se concluye que el 94,3% de puérperas con retención de restos placentarios tuvieron alumbramiento dirigido.

Resultados que al ser analizados mediante el estadístico del Chi cuadrado, demuestra que hay diferencia estadística entre las variables confrontadas ($p < 0,05$); es decir que el alumbramiento dirigido de las puérperas está relacionado directamente con la retención de restos placentarios presentadas por éstas. Sin embargo, al aplicar medidas de regresión logística se halló un OR de 0,485 con un intervalo de confianza

al 95% (0,421 – 0,559) con lo cual este resultado no es significativo, lo que implica que el alumbramiento dirigido no es un factor de riesgo para la retención de restos placentarios.

Con el manejo activo se pretende reducir el sangrado puerperal y con ello el riesgo de hemorragia mediante la administración de oxitocina 10UI por vía IM. El rol que el pinzamiento precoz del cordón y la tracción controlada de cordón tienen en ese proceso está menos claro con respecto a niveles de evidencia. Recientes estudios afirman que no hay grandes variaciones con respecto a incidencia o empeoramiento de la hemorragia puerperal con el pinzamiento precoz o tardío del cordón umbilical; sin embargo el hecho de traccionar antes del desprendimiento total de la placenta genera retención de restos placentarios.

Al respecto **Lazo Escobedo, Alejandra⁸ et al (Arequipa; 2016)** en su investigación **“Factores de Riesgo Asociados a la Retención de Placenta y/o Membranas Ovulares en Partos a Término, Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, enero a diciembre del 2015”**. En un estudio de nivel: Analítico y Relacional, en la cual se tuvo una muestra de 115 casos y 115 controles, refiere que los casos de alumbramiento dirigido fueron de 88,7% y los controles 93,9%; no se realizó el alumbramiento dirigido en los casos 11,3% y 6,11% en los controles; por lo cual concluye manifestando que el alumbramiento dirigido y la retención de placenta y/o membranas ovulares no presentan relación estadística significativa ($p > 0.05$), según la prueba de chi cuadrado.

CONCLUSIONES

1. La incidencia de retención de restos placentarios en puérperas del Hospital de Apoyo de Cangallo “Juan Fukunaga Soyama” durante los años 2016 al 2018 es de 32%.
2. Los factores como antecedente de aborto, antecedente de cesárea, alumbramiento prolongado y alumbramiento dirigido tienen relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) con la retención de restos placentarios.
3. Los factores como la edad materna, paridad, ruptura prematura de membranas y expulsivo prolongado no tienen relación estadísticamente significativa ($p > 0,05$) con la retención de restos placentarios.
4. El antecedente de aborto (OR: 6,1) antecedente de cesárea (OR: 4,3) y el alumbramiento prolongado (OR: 4,5) son factores de riesgo que tienen más probabilidad de presentar retención de restos placentarios en comparación a las que no presentan lo citado.

RECOMENDACIONES

1. Dada la alta incidencia de retención de membranas ovulares y restos placentarios, los directivos del Hospital de Apoyo de Cangallo “Juan Fukunaga Soyama”, deben realizar la capacitación y actualización a todo el personal de Obstetricia, sobre el manejo del parto, especialmente en la etapa del alumbramiento y prestar mayor atención a las pacientes con antecedente de aborto, antecedente de cesárea y alumbramiento prolongado; a fin de evitar la retención de restos placentarios, toda vez que, en estas pacientes con estas características, existe mayor riesgo de presentar esta patología y asimismo, revisar minuciosamente la placenta para el diagnóstico y tratamiento oportuno.
2. Los 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.
3. A los estudiantes de Obstetricia deben de continuar con más trabajos de investigación prospectivos relacionados a la retención de restos placentarios, para identificar otros factores de riesgo que influyen directamente en esta complicación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cuestas Meneses, Haiddy S. et al Cesárea previa, Legrado Uterino y Paridad como Factores Relacionados a la Retención de Restos Placentarios en el Puerperio Inmediato. Servicio Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano durante el año 2012. Tesis Universidad Nacional de Huánuco. 2015.
2. Gálvez Rojas, Medali. Factores Gineco-obstétricos asociados a la retención de restos placentarios en púerperas del Hospital de Pampas – Tayacaja. 2016. Tesis de segunda especialidad en Emergencias Obstétricas y Alto Riesgo. Universidad de Huancavelica. 2016.
3. Bedriñana Muñoz, Katherine Factores asociados a la retención de restos placentarios en parturientas del Hospital Regional de Ayacucho. 2010 – 2015. Tesis Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. 2015.
4. Sulca Loli, Giancarlo y Vivar Fiestas, Piero. Edad materna mayor o igual a 35 años como factor de riesgo de retención de restos placentarios. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. Universidad San Pedro de Chimbote. Perú- 2019.
5. Guzmán, E., et al. (2013). Embarazo gemelar con mola completa y feto coexistente posterior a fertilización in vitro y transferencia de embriones complicado con placenta previa áceta. Gynecol Obstet. Mex. 77, 151-155.
6. Asturizaga P, Toledo Jaldin L. Hemorragia obstétrica. Revista Médica LaPaz. 2014;20(2):57-68.
7. Smorgick N, Barel O, Fuchs N, Ben-Ami I, Pansky M, Vaknin Z. Hysteroscopic management of retained products of conception:

metaanalysis and literature review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2014; 173:19-22.

8. Lazo Escobedo, Alejandra y Franco Gomez, María. Factores de riesgo asociados a la retención de placenta y/o membranas ovulares en partos a término. Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, enero a diciembre del 2015. Tesis para optar el título profesional de Licenciadas en Obstetricia. Universidad Católica de Santa María. Arequipa Perú, 2016.
9. Dirección General de Epidemiología. Boletín Epidemiológico. Situación Epidemiológica de la Muerte Materna en el Perú 2015; 25 (4). Pág. 66 –74. 2016.
10. Pazan F. Factores de riesgo de patologías puerperales [Tesis]. Riobamba Ecuador: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Escuela de Medicina; 2010
11. Medina Gómez, Yeni. “Ruptura Prematura de Membranas y Retención de Restos Placentarios en Puérpera del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica, 2016”. Tesis Universidad Nacional de Huancavelica. 2017.
12. Negreiros Paredes, Rene Eugenia. “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”. Tesis Universidad César Vallejo. Trujillo - Perú, 2018.
13. Zavaleta Valderrama, Scarlth. “Multiparidad como factor de riesgo asociado a retención placentaria en gestantes del Hospital Belén de Trujillo”. Tesis Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo – Perú, 2018.
14. Cifuentes Rodrigo B.MD. PhD: obstetricia de alto riesgo sexta edición, Editorial Medica.

15. Wilhem Schwenzer Adolf. Clínica Obstétrica Ginecológica, Tomo IV. Fisiología y patología del Periodo del Alumbramiento. 4ta edición. Argentina, 2008.
16. Acien Álvarez Pedro. Tratado de Obstetricia y ginecología. Patología del Alumbramiento y Puerperio. Capítulo 38. Universidad Miguel Hernández. España 2001.
17. Schwarcz RL, Fescina RH, Duverges C. Obstetricia. 7ma ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2016. 784 p.
18. Salinas H, Mardones A, Parra M, Valdés E, Carmona S, Opazo D. Obstetricia. Chile: Hospital Clínico de la Universidad de Chile; 2005. 107-14 p.
19. Mongrut Steane A. Tratado de obstetricia normal y patológica. 4ta edición. 2000.
20. MINSA. Distribución de muertes maternas notificaciones. Perú: Publicaciones Perú; 2015. Disponible en: http://www.app.minsa.gob.pe/bsc/detalle_indbsec.asp?lcind=1&lcobj=1&lcper=1&lcfreq=31/3/2015
21. Y. BENGUIGUI, JC. BOSSIO. Módulo de apoyo en metodología estadística. 1999. I. Pág. 44-45
22. Coviello E. Risk Factors for Retained Placenta. DOI: 2015.07.039.
23. Quilindo Giraldo, Catalina & Ramírez, Julián & Osorio, Anderson & Revelo, Nataly & Caicedo, Fernando. (2017). Uterotonicos en el tratamiento de la retención placentaria.
24. Cunningham G, Leveno K, Bloom s, Hauth J. Williams Obstetricia. 23rd ed. Mexico D.F.: McGrawHill; 2011.
25. Boletín estadístico de nacimientos Perú: 2015 [en línea]. Perú: Ministerio de Salud. 2016 Abril. [Citado: 2018 enero 16] 16 pp. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/Boletin_CNV_16.pdf

ANEXOS

1°Anexo

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nº de ficha: FECHA:

I. FACTORES MATERNOS

a. Edad

1. 10 a 19 años ()
2. 20 a 35 años ()
3. ≥ 36 años ()

b. Paridad

1. Primípara ()
2. Multípara ()

c. Antecedentes de abortos:

1. Si ()
2. No ()

II. FACTORES GINECO – OBSTÉTRICOS:

d. Cesárea Previa

1. Si ()
2. No ()

e. Ruptura prematura de membranas

1. Si ()
2. No ()

f. Expulsivo prolongado

1. Si ()
2. No ()

g. Alumbramiento prolongado

1. Si ()
2. No ()

h. Alumbramiento dirigido

1. Si ()
2. No ()

k. Otro:.....

III. VARIABLE REFERIDO A LA INVESTIGACIÓN

1. Puérpera con retención de restos placentarios (): Casos
2. Puérpera sin retención de restos placentarios (): Control

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición
Independiente: Factores de riesgo				
▪ Factores Gineco-Obstétricos	Son las condiciones ginecológicas y obstétricas patológicas de la madre que condicionan una retención de restos placentarios.	Se obtendrán la información de las historias clínicas y del SIP del Hospital de Apoyo de Cangallo “Juan Fukunaga Soyama”.	Cesárea previa	• Si • No
			RPM	• Si • No
			Expulsivo prolongado	• Si • No
			Alumbramiento prolongado	• Si • No
			Alumbramiento dirigido	• Si • No
▪ Factores Maternos	Son las condiciones biológicas, orgánicas y fisiológicas de la madre que condicionan una retención de restos placentarios	Se obtendrán la información de las historias clínicas y del SIP del Hospital de Apoyo de Cangallo “Juan Fukunaga Soyama”.	Edad	≤ 19 años 20-35 años ≥36 años
			Paridad	Primípara Multípara
			Antecedentes de abortos	• Si • No
Dependiente:				
Puérperas con retención de restos placentarios	Retención de fragmentos de membranas y de cotiledones	Revisión del diagnósticos de retención de restos placentarios en las Historias clínicas de las pacientes obstétricas y registro en la ficha de recolección de datos.	Diagnóstico de retención de restos placentarios	• Si • No









