



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

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 PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Segunda Especialidad en Emergencias Obstétricas

AUTOR:

Obsta. Rene Eugenia Negreiros Paredes

ASESOR:

Dra. Ana Vilma Peralta Iparraguirre

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud Materna y Perinatal

TRUJILLO-PERÚ

2018

PAGINA DEL JURADO


MG. SONIA CHACON PINTO
Presidente


DRA. ELIANA GUZMAN AVALOS
Secretaria


Dra. ANA VILMA PERALTA IPARRAGUIRRE
Vocal

DEDICATORIA

A mi familia y en especial a mi madre ya que es la luz de mis ojos, el tesoro máspreciado que me ha regalado Dios.

Rene.

AGREDECIMIENTO

A DIOS por estar presente siempre en mi vida, darme perseverancia y sabiduría para continuar.

A mi familia por su amor, apoyo y confianza que me brindaron en el trayecto de mi carrera.

Reconocimiento a los docentes de la Universidad César Vallejo que a través de este tiempo me han brindado sus conocimientos, asimismo agradecimiento al Hospital Leoncio de Huamachuco, por permitirme realizar el presente trabajo de investigación

DECLARACION DE AUTENTICIDAD

Yo, Rene Eugenia Negreiros Paredes, estudiante de la Escuela de Posgrado, segunda especialidad en Emergencias Obstétricas, de la Universidad César Vallejo, Sede Trujillo La Libertad ; declaro el trabajo académico titulado "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" presentada, en 53 folios para la obtención del grado académico de segunda especialidad en Emergencias Obstétricas, es de mi autoría.

Por tanto, declaro lo siguiente:

He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por las normas de elaboración de trabajos académicos.

No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.

Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.

Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.

De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinen el procedimiento disciplinario.

Trujillo, octubre del 2018



Rene Eugenia Negreiros Paredes

DNI: 19099311

PRESENTACION

Señores miembros del jurado, presento ante ustedes la tesis titulada: "MULTIPARIDAD, ANTECEDENTES DE LEGRADO UTERINO, PARTO PROLONGADO Y CESAREA PREVIA COMO FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A RETENCION PLACENTARIA EN HOSPITAL LEONCIO PRADO HUAMACHUCO-LA LIBERTAD ,con la finalidad , Determinar si la multiparidad, antecedentes de legrado uterino, parto prolongado y cesárea previa son factores de riesgo asociados con retención placentaria en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco en los años 2015 al 2016, en cumplimiento del reglamento de grados y títulos de la universidad César Vallejo para obtener el Título Profesional de segunda especialidad en Emergencias Obstétricas.

Esperando cumplir con los requisitos de aprobación

Índice

Página del jurado.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iv
Declaratoria de autenticidad.....	v
Presentación.....	vi
Índice.....	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
I. INTRODUCCION	
1.1 Realidad Problemática.....	10
1.2 Trabajos Previos.....	12
1.3 Teorías Relacionada al tema.....	16
1.4 Formulación del problema.....	21
1.5 Justificación del estudio.....	21
1.6 Hipótesis.....	23
1.7 Objetivos.....	23
I. MÉTODO	
2.1 Diseño de investigación.....	25
2.3 Variables, operacionalización.....	26
2.4 Población y muestra.....	28
2.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez.....	29
2.6 Métodos de análisis de datos.....	30
1.7 Aspectos éticos.....	30
II. RESULTADOS.....	31
III. DISCUSIÓN.....	35
IV. CONCLUSIÓN.....	39
V. RECOMENDACIONES.....	40
VI. REFERENCIAS.....	41
Anexos	

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar si la multiparidad, antecedentes de legrado uterino, parto prolongado y cesárea 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.

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). 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. Concluyendo 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.

ABSTRACT

The objective of this study was to determine whether multiparity, history of uterine curettage, prolonged labor and previous cesarean delivery are risk factors associated with placental retention in patients treated at the Leoncio Prado Hospital in Huamachuco from 2015 to 2016.

A case-control design was applied, it was a simple random sample with 40 clinical cases of patients who had placental retention (cases) and 40 who did not have placental retention (controls), the instrument used was the data collection card through of documentary analysis (medical records). The main results were: Patients with multiparity 75% had placental retention and 68% did not present. Also in patients with a history of uterine curettage 25% had placental retention and 68% did not present. We observed that of the patients with prolonged labor, 38% had placental retention and 25% did not present Y of the previous caesarean patients; 2.5% presented placental retention and 15% did not present.

Concluding that multiparity and prolonged labor are risk factors associated with placental retention (OR = 1444 - OR = 1.80) respectively.

Keywords: Multiparity, history of uterine curettage, prolonged labor, Previous caesarean, placental retention.

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Realidad Problemática

La mortalidad materna es considerada evento relativamente de poca frecuencia en relación a la mortalidad general, que presenta dificultades en el registro por tratarse de muertes de mujeres durante el embarazo, parto o puerperio (hasta 42 días después del parto). Es evidente que la mortalidad materna no sólo es un problema médico, sino que también está asociada a determinantes sociales, por lo que es necesaria su cuantificación e interpretación en el contexto social y no solo conocer la magnitud, características y circunstancias de su ocurrencia.¹

La información a nivel nacional y por cada una de los departamentos del país permitirá orientar las políticas sociales, definir las acciones en salud pública y monitorizar los resultados de las intervenciones en materia de salud materna. En el Perú, el registro de muertes maternas se realiza mediante dos sistemas, el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, a través de la notificación inmediata realizada por todos los establecimientos de salud del Ministerio de Salud, Es Salud, Fuerzas Armadas, Policía Nacional y privados. Esta notificación inmediata de muertes maternas está a cargo de las Oficinas de Epidemiología de las Direcciones Regionales de Salud y Direcciones de Salud.¹

La placenta retenida es una complicación potencialmente mortal por el riesgo asociado de hemorragia, choque, infección y en su extracción. Esta afección sigue siendo responsable de una gran cantidad de muertes maternas en todo el mundo. A veces, la placenta permanece parcial o totalmente adherida a la pared del útero (placenta retenida) y no se expulsa. Generalmente, estas mujeres requieren extracción manual de la placenta, bajo anestesia. Esta complicación sigue causando un alto número de muertes maternas en todo el mundo. La principal consecuencia de la retención de placenta es la

hemorragia postparto, no controlada, que requiere tratamiento inmediato. Esta complicación puede ocurrir en cerca de un 10% de los casos.²

Las anomalías de placenta adherente están asociadas con una tasa de mortalidad materna cercana al 7%. La forma más común de placenta adherente anormal es la placenta acreta con un 80% de los casos; increta, en 15%, y percreta, en 5% de los casos. Estas pacientes por lo general presentan un embarazo normal, pero en 30% puede presentarse hemorragia antes del parto. Los factores de riesgo asociados a placenta acreta Edad (menor a 30 años) Paridad 2 a 3 hijos, Cesárea previa: 35%, Legrado previo: 18 a 60% Remoción manual placentaria previa Retención placentaria en embarazos previos, Infecciones.⁴

En La Libertad, durante los años 2003 al 2013 se produjeron un total de 419 muertes maternas. Teniendo a la provincia Sánchez Carrión, con un 20.3% de las muertes de la Libertad, convirtiéndose en una de las provincias con mayor número de muertes maternas del Departamento. Es así que el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco, siendo el hospital de referencia para toda la provincia, presentó en el mismo periodo, con un total de 20 muertes maternas, con el 23.5% del total de muertes de la Provincia. La complicación de Retención de membranas y /o placenta con un 22.22% asociada a muerte materna en estudio de 10 muertes maternas en el parto y puerperio ocurridas en Hospital Leoncio Prado en el año 2014.⁶

La retención placentaria es una complicación potencialmente lamentable, como consecuencia de la hemorragia, las infecciones asociadas y las complicaciones relacionadas con su remoción. Las mujeres con factores de riesgo de retención placentaria luego del parto por vía vaginal, deben ser correctamente identificadas, para implementar las medidas preventivas necesarias.³⁵

1.2 Trabajos previos

A NIVEL INTERNACIONAL.

Mendoza, G.⁷ (Ecuador, 2011) En su estudio Histeroscopia diagnóstica versus legrado uterino en hemorragia uterina disfuncional, desarrollado en los Hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso, investigó para una muestra de 84 pacientes peri y posmenopáusicas, mayores de 35 años, con hemorragia uterina disfuncional, fue del 82.2%, siendo en su mayoría peri menopáusicas. En principales alteraciones: metrorragia y menometrorragia fue del 73.8%. En diagnósticos más frecuentes: histeroscópico: hipertrofia endometrial; histopatológico: endometrio normal. En concordancia: 51% entre histeroscopia y biopsia histeroscópica, y un 31.4% con el legrado; 60.6% para biopsia histeroscópica y 66.2% para legrado. Concluye que: "Histeroscopia: es método confiable para diagnosticar pólipo, mioma y cáncer endometrial; poco sensible y específico para hiperplasia endometrial. Deficiente concordancia entre histeroscopia y legrado. Superior capacidad que diagnóstica en la biopsia histeroscópica frente al legrado".

Mendoza J.⁸ (México, 2013) Morbilidad y mortalidad en hemorragia obstétrica en el Hospital de ginecología y obstetricia, del periodo comprendido del 01 de julio 2011 al 01 de agosto 2012. El presente estudio se realizó con un total de 100 pacientes del Hospital de Ginecología y Obstetricia, que presentaron como complicación Hemorragia obstétrica, siendo los principales factores de riesgo maternos asociados la multiparidad (16%) cesárea previa (9%) pre eclampsia (8%) ruptura prematura de membranas (4%) y el grupo de edad de mayor presentación fue entre 20 y 29 años (53%).

Hernández - M.⁹ García T. (2016). Factores de riesgo de hemorragia obstétrica asociado a la conducción del trabajo de parto. El presente estudio descriptivo comparativo realizado en pacientes atendidas en el Hospital Universitario de Saltillo entre marzo de 2014 y marzo de 2015, se incluyeron 371 pacientes: 312 del grupo control y 59 del grupo problema. Se estimó una

incidencia de 16% de hemorragia obstétrica y el factor de riesgo más relevante fue la conducción del trabajo de parto.

A NIVEL NACIONAL

Robles, J¹⁰ (Perú, 2014) en su estudio factores de riesgo relacionados a gestación mayor a 40 semanas, investigo para una muestra de 464 gestantes: 232 con edad gestacional mayor a 40 semanas y 232 con edad gestacional entre 37 a 40 semanas. Evidencia que las características neonatales en un embarazo mayor a 40 semanas se incrementó la probabilidad de tener un RN macrosómico (OR=2.3; 2.3 – 4.0). Concluye que: “los factores de riesgo maternos y perinatales en gestación mayor a 40 semanas son: edad > 34 años, nivel socioeconómico bajo, antecedente de parto prolongado, IMC > 35 kg/m² y nuliparidad; asimismo, el embarazo mayor a 40 semanas incrementó considerablemente la probabilidad de tener un RN macrosómico”.

Rivera, F.¹¹ (Perú, 2015) En su estudio La multiparidad como factor de riesgo de parto pretérmino en pacientes del servicio de ginecoobstetricia desarrollado en el hospital Belén de Trujillo, investigó para un estudio de tipo, analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. Con una muestra de 110 gestantes distribuidas en dos grupos: con y sin parto pretérmino resulto una frecuencia de multiparidad en gestantes con parto pretérmino de 20%. La frecuencia de multiparidad en gestantes con parto a término fue de 8%. La multiparidad condiciona un odss ratio de 3.18 en relación a parto pretermino; el cual fue significativo ($p < 0.05$). Concluye que “multiparidad es un factor de riesgo asociado a parto pretermino”.

Curahua, L.¹² (Perú, 2015) En un estudio Complicaciones maternas durante el parto y puerperio en pacientes con cesárea previa realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal investigo para dos muestras: 100 gestantes con cesárea previa que culminaron en parto vaginal y 99 gestantes de parto por cesárea con cesárea previa que culminaron en parto vaginal, cuyas edades son entre 30 a 35 años. Las complicaciones maternas durante el puerperio

se presentaron en pacientes de parto vaginal con cesárea previa: anemia (42%), fiebre puerperal (7%) y la infección del tracto urinario (4%), y en las pacientes de parto por cesárea con cesárea previa se evidenció anemia (42.4%), fiebre puerperal (11.1%), infección de herida operatoria (4%) y hemorragia posparto e infección del tracto urinario en un (3%).

Fernández J.¹³ (Perú - 2016) En Chíncha se realizó un estudio para determinar la Hemorragia Postparto Inmediato por retención de restos placentarios en el Hospital San José de Chíncha – MINSA. El Diseño utilizado se basó en un estudio analítico y retrospectivo de un único Caso Clínico específico de una paciente que presentó HPP. Encontrando que la frecuencia de HPP para esta paciente, los factores de riesgo fue la retención de restos placentarios en parto por vía vaginal. Concluyendo que los Factores de riesgo identificados son la retención de restos placentarios en el caso de esta paciente; no observándose los desgarros de cuello uterino, vagina, periné y atonía uterina. Así mismo se puede observar que la paciente motivo del presente estudio, presentó el factor de riesgo de retención de restos placentarios.

Lazo A, Franco M.²² (Perú, 2016) En Arequipa se realizó un estudio factores de riesgo de retención de placenta en partos a término en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero a diciembre del 2015. Para determinar los factores de riesgo de retención de placenta y/o membranas ovulares en partos a término. Estudio de casos y controles, retrospectivo y transversal, obteniendo una muestra de 115 casos y 115 controles, se utilizó una ficha de recolección de datos para determinar la relación entre variables utilizando la prueba Chi cuadrado de independencia con un nivel de significancia del 5%. Los resultados de los partos vaginales a término atendidos fueron el 45,5%, mientras que un 3,8% presentaron retención de placenta y/o membranas ovulares. Con antecedentes de aborto tienen 2.69 más veces de riesgo de padecer retención de placenta y/o membranas ovulares con respecto a las que no tuvieron abortos. Concluyendo que las pacientes con antecedentes de aborto, tienen mayor

riesgo a presentar retención de placenta y/o membranas ovulares.

Cahuín F.²⁴ (Perú, 2017) En un estudio la asociación entre la multiparidad y la hemorragia uterina en el puerperio inmediato en pacientes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco. Para Determinar la asociación entre la multiparidad y la hemorragia uterina en el puerperio inmediato. Estudio observacional, transversal, retrospectivo y analítico sobre una muestra de 96 de las cuales 48 son multíparas y 48 primíparas. Encontrando que La multiparidad es un factor de riesgo para la hemorragia uterina en el puerperio inmediato. El Chi cuadrado de 26.61 y p valor de 0.000. La multiparidad es un factor de riesgo para la hemorragia uterina por atonía uterina en pacientes atendidas con Chi cuadrado de 9.1 y p valor de 0.003. La multiparidad es un factor de riesgo para la hemorragia uterina por retención placentaria con Chi cuadrado de 4.02 y p valor de 0.045.

A NIVEL LOCAL

Gutiérrez, S., Rodríguez, J et al⁶ (Perú, 2014) en su estudio principales factores de riesgo y complicaciones obstétricas relacionadas a la ocurrencia de muerte materna en el parto y puerperio en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado-Huamachuco, investigaron que en una muestra de 10 muertes maternas de 7020 partos, las complicaciones obstétricas asociadas al puerperio fueron: pre eclampsia y eclampsia, con mayor frecuencia (55.56%), retención de membranas y/o placenta (22.22%) y atonía uterina (22.22%). Además “agrega que la Retención de membranas y/o placenta es la única complicación obstétrica asociada a la muerte materna durante el parto”.

1.3 Teorías relacionadas al tema

El desprendimiento de la placenta incluye el desarrollo de un plano de clivaje en la decidua basal por debajo de la placenta. Se realiza por procesos fisiológicos como es la secreción de la Oxitocina que esta estimulada por la dilatación cervical, el llanto del recién nacido y el estímulo del pezón en la lactancia, ocasiona que las contracciones uterinas sean de mayor intensidad, la altura del fondo uterino puede encontrarse entre la sínfisis del pubis y la cicatriz umbilical. Estas contracciones favorecen la constricción de los vasos nutricios en el lecho placentario y, por consiguiente, para el proceso hemostático secundario; en el puerperio mediato las contracciones continúan disminuyendo las dimensiones uterinas, llegando a ser el útero intrapélvico a las dos semanas del nacimiento, para continuar su involución, que termina a las seis semanas.⁴ El puerperio, también se clasifica conforme a la evolución, en fisiológico y patológico, siendo la infección el proceso más frecuente en el puerperio patológico. La hemorragia tardía postparto, generalmente se debe a retención de restos placentarios, su involución del lecho placentario o endometritis hemorrágica. La hemorragia tardía, consiste en excesiva pérdida sanguínea que ocurre después de veinticuatro horas del parto. La retención placentaria no advertida, expone a inercia uterina (su involución uterina) y/o complicaciones hemorrágicas, así como a endometritis puerperal. La retención de restos placentarios, se puede manifestar en el puerperio tardío en forma de sangrado genital intermitente, presencia de loquios fétidos, endometritis y su involución uterina.⁶

El mecanismo puede estar alterado y complicar la salida de la placenta produciendo retención placentaria que es la Placenta adherida más de 15 minutos en el alumbramiento dirigido. Puede deberse a encarcelación de la placenta desprendida que permanece en cavidad uterina o parcialmente en vagina por espasmo uterino y por debilidad de las contracciones uterinas o adherencia patológica de la placenta. En esta patológica, la placenta se adhiere directamente al miometrio sin una capa de decidua basal interpuesta. Diferenciándose tres grados según la profundidad alcanzada

por las vellosidades: Ácreta: llegan al miometrio. Íncrета: invaden el miometrio. Pércreta: perforan la pared del útero; La más frecuente es la primera forma, y sus factores predisponentes son la multiparidad, los antecedentes de legrados puerperales y placenta previa. El aumento de la cirugía uterina previa (cesáreas, miomectomías) también está relacionado con el incremento progresivo de esta patología.³

La principal consecuencia clínica de la retención placentaria es la hemorragia postparto con un sangrado abundante, no controlado, que requiere tratamiento inmediato. Esta complicación puede ocurrir en un 10% de los casos. Donde, la incidencia de placenta retenida varía desde un 1% a un 5,5% según la definición de tercera etapa del trabajo de parto prolongado, que varía entre 10 a 60 minutos en diversos informes. Los factores etiológicos asociados con más frecuencia a la placenta acreta según estudios reportan que la multiparidad con el 89.47% y el antecedente de legrado uterino mayormente asociado a un aborto incompleto, con un 57.89%. Del total estudiado el 52.63% presentaron complicaciones anteparto, un 36,84% presentaron complicaciones intra-partos y el 84.21% presentaron complicaciones en el puerperio.⁴

En la retención de placenta es retención total: cuando transcurren más de 15 minutos después del nacimiento del feto y del alumbramiento activo; ocasionado por la falta de contracción y retracción uterina adecuadas que impide el desprendimiento. Retención parcial: es cuando existe la adherencia de uno o más cotiledones por ausencia o atrofia de la decidua. La placenta retenida puede propiciar, fundamentalmente la hemorragia ocasionando anemia aguda o un cuadro de choque hipovolémico, y la infección una endometriitis posparto. La retención de un lóbulo accesorio (lóbulo succenturiado) es una causa no muy frecuente de hemorragia posparto.⁸

Las causas más frecuentes de Hemorragia Posparto (HPP) incluyen atonía uterina, traumas/laceraciones, retención de productos de la concepción y

alteraciones de la coagulación. La salida de la placenta tiene lugar en los primeros 15 minutos tras el parto. De no producirse el alumbramiento puede tratarse de una placenta adherente por una implantación anormal de la misma, como pueden ser las placentas ácreta, íncreta o pécreta. El diagnóstico suele ser evidentemente clínico, apareciendo una pérdida sanguínea excesiva antes del alumbramiento de la placenta. Además de intentar cuantificar la pérdida sanguínea es necesario valorar la repercusión de la misma sobre el estado hemodinámico de la paciente.²¹

Se menciona como factores de riesgo asociados a los siguientes: antecedentes de cicatriz uterina previa, legrado uterino múltiples, fibromatosis uterina, adherencia, anormal de la placenta, anomalías uterinas, corioanmionitis, prematuridad, mala conducción del parto, mal manejo del alumbramiento. Los factores ser múltipara; durante el parto los más destacados partos extra hospitalarios, parto precipitado, parto domiciliario, y el trabajo de parto prolongado; al final del parto se presentan en mayor frecuencia: la hipotonía uterina, los desgarros obstétricos, la retención placentaria y de restos placentarios.²³

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 múltipara 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 múltiparas y en mujeres que tuvieron trabajo de parto prolongado.²⁴

El legrado uterino permite retirar los restos de placenta o de membranas cuando quedan en el útero tras el parto, ya que podrían provocar hemorragias o infecciones Para efectuar el legrado, el especialista primero dilata el canal del cuello uterino con el instrumental adecuado (espéculo). Luego introduce a través del cuello uterino un instrumento denominado legra, que se utiliza para raspar el revestimiento del útero y extraer los tejidos o restos placentarios. Como todos los procedimientos, el legrado

puede tener sus complicaciones. Son poco frecuentes, pero pueden ser importantes: Hemorragia, Lesión del cuello del útero, Perforación uterina, Infección y Síndrome de Asherman: consiste en que las paredes de útero se “pegan” entre sí a los pocos días del legrado y pueden ser causa de abortos en el futuro. Las complicaciones son variadas y algunas importantes, pero en general son muy poco frecuentes.^{25.26}

El proceso del alumbramiento evidencia ausencia de dolor característico que anuncia el desprendimiento, disminución de la consistencia del útero aumento de volumen y hemorragia externa.¹⁷ Anillos de contracción se debe a la contractura de una zona circular del útero. Pueden aparecer sin causa evidente en la mayoría se produce por una inadecuada aceleración del desprendimiento placentario, masaje intempestivo del útero, incorrecta administración de drogas oxitócicas. La causa de la hemorragia podría basarse en el hecho que la placenta retenida este por encima del anillo y parcialmente desprendida, impide que el útero se retraiga y comprima los vasos abiertos, la sangre sale a chorros intermitentes, el diagnóstico se realiza al tacto vaginal.²⁷

El otro método diagnóstico importante durante el embarazo es la Resonancia Nuclear Magnética, ya que también es un examen seguro para la madre y el feto, que no emite radiación ionizante. La cistoscopia es un procedimiento diagnóstico relevante en el caso de sospecha de compromiso vesical, tanto en la determinación de la superficie y profundidad comprometida como en la determinación de la eventual invasión del meato ureteral. Es significativo que, pese a exámenes interpretados como normales, la sospecha diagnóstica es lo más importante para implementar la terapéutica correspondiente, una vez efectuado el diagnóstico de Acretismo Placentario, se debe informar adecuadamente a la paciente que la conducta a seguir es la histerectomía obstétrica, debiendo hasta del final del embarazo lograr las mejores condiciones nutricionales y hematológicas de la paciente, manteniendo control estricto de su gestación. Si la paciente es portadora de patología no

obstétrica, debe estar debidamente compensada (diabetes, HTA, anemia).²⁸

Se plantea un manejo conservador con la finalidad de conservar el útero. Eso podría efectuarse en caso de sospecha de Acretismo focal, placenta acreta posterior o en fondo uterino o deseo de la paciente de preservar su fertilidad. Una revisión sistemática reportó los siguientes resultados: Sangrado severo: 53% - Sepsis: 6% - Histerectomía secundaria: 19% - Muerte: 0.3% - Embarazo posterior: 67%. Entre otras complicaciones frecuentes del anteparto, está el Desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta (DPPNI); definida como la separación de la placenta de su inserción en el útero antes que se produzca el nacimiento fetal. Produciéndose mayormente en el tercer trimestre de gestación, aunque puede tener lugar desde el comienzo de la viabilidad fetal, es decir, a partir de las 24 semanas. No es raro que durante la primera mitad del embarazo se detecten ecográficamente placentas de inserción baja o previa, que se normalizan a medida que transcurre el embarazo con la elongación del segmento inferior.²⁸

1.4 Formulación del Problema

¿Son La multiparidad, antecedentes de legrado uterino, parto prolongado y cesárea previa factores de riesgo asociados para la retención placentaria en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco 2015 - 2016?

1.5 Justificación del Estudio

Conveniencia

El presente estudio está dirigido a la población vulnerable Mujeres potencialmente en edad reproductiva y con la finalidad de disminuir la morbimortalidad materna y conseguir madre y niño feliz; quienes serán beneficiadas por lo que es conveniente para la salud de esta población aplicar la siguiente investigación, así mismo es conveniente para futuras investigaciones y ampliar nuestra investigación.

Relevancia social.

La mortalidad materna es uno de los indicadores más sensibles de las condiciones de salud de la población femenina en edad reproductiva. El embarazo a edades más avanzadas y el aumento en la frecuencia de nacimiento por cesárea, pueden incrementar la incidencia de patologías asociadas a hemorragia obstétrica. Es relevante porque nos permite aportar e investigar sobre los riesgos de la mortalidad materna así mismo intervenir en la disminución de las muertes maternas y por ende mejorar la salud de la familia.

Implicancias prácticas.

La multiparidad, legrado uterino previo, parto prolongado y cesárea previa tienen implicancia en la retención placentaria, así mismo la investigación adquirida será aplicada en la población en estudio esperando tenga implicancia y disminuir así la morbimortalidad materna.

Valor teórico.

Las teorías que muestra la investigación exponen que las parturientas en el proceso del alumbramiento presentan complicaciones inesperadas basadas en la retención placentaria asociadas a multiparidad, antecedentes de legrado uterino, parto prolongado, legrado uterino y cesárea previa, lo que conducen al riesgo de muerte materna resultando necesario identificar las siguientes causas. Así mismo se aporta en los conocimientos de los futuros investigadores.

Utilidad Metodológica.

El análisis metodológico de la investigación en el entorno de riesgos de Morbilidad materna, en los periodos de evaluación tal indica que estadísticamente los métodos previos a la presente investigación no minimizan los riesgos y complicaciones del proceso de embarazo en las mujeres, es por ello que se indaga por nueva metodología que contribuyan a solucionar la presente problemática.

En tal motivo, que en consecuencias que puede presentar la persona afectada y es atendida a tiempo y si no se logra solucionar el problema será la siguiente situación que conduzca al deceso de mejora en la atención de la mujer. El personal de salud buscará sensibilizar a sus gestantes sobre las posibles complicaciones obstétricas que pueden desencadenar si no tienen un buen control prenatal.

1.6 Hipótesis

Ha:

La multiparidad, antecedentes de legrado uterino, parto prolongado y cesárea previa son factores de riesgo asociados a retención placentaria en pacientes atendidas en Hospital Leoncio Prado de Huamachuco del 2015 al 2016.

Ho:

La multiparidad, antecedentes de legrado uterino, parto prolongado y cesárea previa no son factores de riesgo asociados a retención placentaria en pacientes atendidas en Hospital Leoncio Prado de Huamachuco del 2015 al 2016.

1.7 Objetivos

1.7.1 Objetivo general

- Determinar si la multiparidad, antecedentes de legrado uterino, parto prolongado y cesárea 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.

1.7.2. Objetivos Específicos

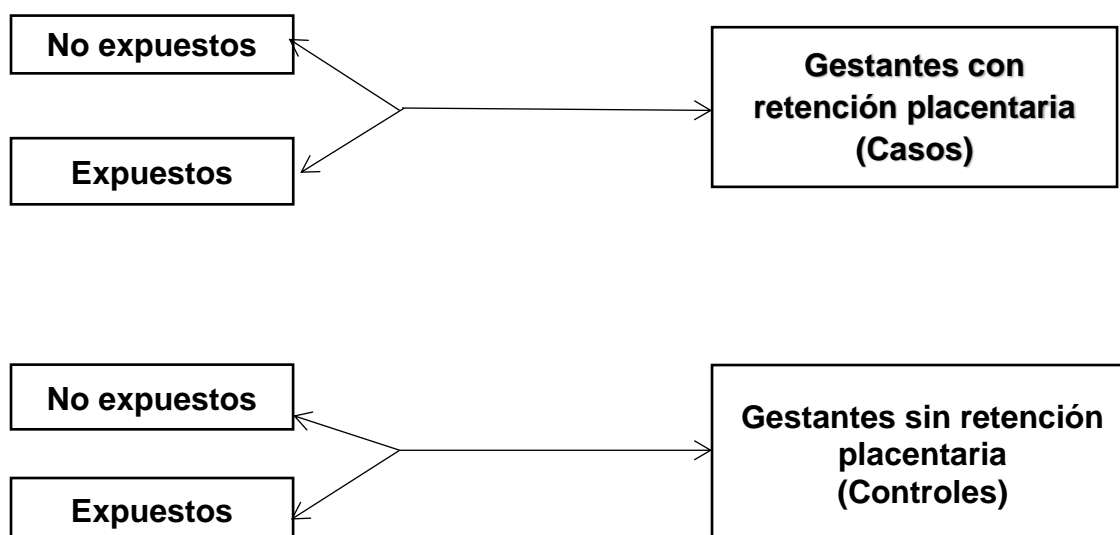
- Determinar si la multiparidad, es un factor de riesgo asociado a la retención placentaria en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco en los años 2015 al 2016.
- Determinar si el antecedente de legrado uterino, es un factor de riesgo asociado a la retención placentaria en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco en los años 2015 al 2016.

- Determinar si el parto prolongado, es un factor de riesgo asociado a retención placentaria en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco en los años 2015 al 2016.
- Determinar si la cesárea previa, es un factor de riesgo asociado a retención placentaria en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco en los años 2015 al 2016.

II.MÉTODO

2.1 Diseño de investigación

El diseño del presente estudio es no experimental, transversal de casos y controles.¹⁵ representado por el siguiente gráfico:



Dónde:

Casos: Gestantes con retención placentaria

Controles: Gestantes sin retención placentaria.

Expuesta: Asociados a factor de riesgo multiparidad, antecedentes de legrado uterino, parto prolongado y cesárea previa asociado a retención placentaria.

NO Expuesta: No asociados a factor de riesgo multiparidad, antecedentes de legrado uterino, parto prolongado y cesárea previa asociado a retención placentaria.

2.2 Variables, operacionalización

2.2.1 Variables

- **VARIABLE INDEPENDIENTE**

- Multiparidad
- Antecedentes de legrado uterino,
- Parto prolongado
- Cesárea previa.

- **VARIABLE DEPENDIENTE**

- Retención placentaria

2.2.2 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Multiparidad	Multiparidad se define cuando la mujer que ha tenido 2 o más partos. ⁵	Para el presente estudio se considera multiparidad si la mujer tiene de 2 a más hijos.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal
Antecedentes de legrado uterino	Se define cuando la mujer ha tenido un legrado uterino en su embarazo anterior y este procedimiento viene hacer la limpieza de la cavidad uterina, mediante la utilización de instrumentos que permiten eliminar la capa endometrial y/o los tejidos derivados del trofoblasto, cuando la paciente está o ha estado recientemente embarazada. ¹⁶	El antecedente de legrado uterino se define para el presente estudio a la mujer que ha tenido un legrado uterino en su embarazo anterior.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal

Parto prolongado	Es falta de progresión del trabajo de parto, se produce por una dilatación cervical o un descenso fetal anormal lentos durante el trabajo de parto. ^{15,17}	El trabajo de parto prolongado se considera para el presente estudio cuando el parto dura aproximadamente 20 horas o más si es primigesta, y 14 horas o más si múltipara. Durante el las fases latente y activa del trabajo de parto.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal
Cesárea previa	Cesárea previa significa que la mujer posee una cicatriz en el útero y que por lo tanto al no estar "íntacto" debe ser cuidado de forma especial durante el parto con el fin de minimizar los riesgos de sufrir una rotura de útero durante el proceso de parto sin embargo, ésta se presenta en menos del 1% de los casos. ^{18,20}	Cesárea previa para el presente estudio se considera si la mujer presento cirugía previa en su embarazo anterior.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal
Retención placentaria	Se define retención placentaria cuando a los 15 minutos de haberse producido el parto, la placenta no se desprende con el manejo activo del alumbramiento . ¹⁹	La retención placentaria para el presente estudio se considera cuando a los 15min de producido el parto la placenta no se desprende.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal

2.3 Población y muestra

2.3.1. Población:

Estuvo conformado por todas las mujeres que tuvieron parto y presentaron retención placentaria en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco La Libertad, durante el 2015 al 2016.

2.3.2. Muestra:

La muestra es no probabilística ya que se trabajó con la totalidad de casos presentados durante el periodo de estudio siendo 40 casos clínicos de pacientes que tuvieron retención placentaria (Casos) y 40 que no tuvieron retención placentaria en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco La Libertad, 2015 al 2016 (Controles).¹⁵

Criterios de selección:

1. Criterios de inclusión:

CASOS

- Historias clínicas de mujeres que presentaron retención placentaria en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco durante los años del 2015 al 2016.
- Historias clínicas de gestantes que se atendieron su parto en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco durante los años del 2015 al 2016 y presentaron retención placentaria.

CONTROLES

- Historias clínicas de mujeres que no presentaron retención placentaria en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco durante los años del 2015 al 2016.
- Historias clínicas de gestantes que se atendieron su parto en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco durante los años del 2015 al 2016 y no presentaron retención placentaria.

2. Criterios de exclusión:

CASOS

- Historias clínicas con datos incompletos de mujeres que presentaron retención placentaria en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco durante los años del 2015 al 2016.
- Historias clínicas de gestantes que se atendieron su parto en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco durante los años del 2015 al 2016 y no presentaron retención placentaria.

CONTROLES

- Historias clínicas con datos incompletos de mujeres que no presentaron retención placentaria en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco durante los años del 2015 al 2016.
- Historias clínicas de gestantes que se atendieron su parto en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco durante los años del 2015 al 2016 y no presentaron retención placentaria.

MUESTREO

Se utilizó el muestreo aleatorio simple considerando como unidad de análisis a cada una de la historia clínica de las gestantes con y sin diagnóstico de retención placentaria, atención de su parto en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco durante los años del 2015 al 2016 y que además cumplieron con los criterios de selección propuestos.

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

- **TECNICA:**

Análisis documental se aplicó la técnica de recolección de datos (historias clínicas) de las pacientes.

- **INSTRUMENTO:**

El instrumento utilizado fue una ficha de Recolección de datos. (Anexo1)

- **VALIDEZ Y CONFIABILIDAD:**

La validez del instrumento de recolección de datos es un análisis documental, por ser un instrumento bastante objetivo, que toma los datos ya registrados en las historias clínicas, se evitó el proceso de confiabilidad.

2.5. Métodos de análisis de datos

El procesamiento y análisis de datos se llevó a cabo con el uso de la informática, para lo cual se creó una base de datos en el SPSS versión 22.0. Los resultados se presentarán en tablas de doble entrada con Frecuencias numéricas y porcentuales.

Para el análisis estadístico de los resultados se utilizó el OR, para identificar la asociación de los factores de riesgo para la retención placentaria.

Registrándose como:

OR = 1 Exposición no se asocia con la retención placentaria

OR = <1 Exposición tiene un efecto protector

OR = >1 Exposición aumenta las posibilidades de presentar la retención placentaria.

2.6. Aspectos éticos

En el presente estudio se realizó teniendo en cuenta la declaración de Helsinki y en consideración el artículo N°51 del código de Ética y Deontología del colegio Médico del Perú, dentro del cual se establece que se tiene el deber de respetar el derecho de la usuaria, la confidencialidad de los datos médicos y personales que conciernen y que la discusión del caso, consultas, exploraciones y tratamiento serán conducidos con la discreción que se merecen.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Multiparidad asociado a retención placentaria en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco, en los años 2015 y 2016.

MULTIPARIDAD	RETENCIÓN PLACENTARIA				TOTAL	
	SI	%	NO	%	N	%
SI	30	75%	27	68%	57	71%
NO	10	25%	13	33%	23	29%
TOTAL	40	100%	40	100%	80	100%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos para el estudio.

OR= 1.444

IC= 0.545 – 3.828

Interpretación:

En la tabla observamos que de 57 pacientes con multiparidad el 75% presentaron retención placentaria y el 68% no presentaron. Así también de 23 pacientes que no tuvieron multiparidad, el 25% tuvieron retención placentaria y el 33% no presentaron retención placentaria. Al aplicar $OR=1.444$ determinando que la multiparidad es un factor de riesgo asociado a la retención placentaria.

Tabla 2.-Antecedente de legrado uterino asociado a retención placentaria en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco, en los años 2015 y 2016.

ANTECEDENTE DE LEGRADO UTERINO	RETENCIÓN PLACENTARIA				TOTAL	
	SI	%	NO	%	N	%
SI	10	25%	27	68%	37	46%
NO	30	75%	13	33%	43	54%
TOTAL	40	100%	40	100%	80	100%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos para el estudio.

OR= 0.16

IC= 0.061 – 0.425

Interpretación:

En la tabla observamos que de 37 pacientes con antecedente de legrado uterino el 25% presentaron retención placentaria y el 68% no presentaron. Así también de 43 pacientes que no tuvieron antecedente de legrado uterino el 75% tuvieron retención placentaria y el 33% no tuvieron retención placentaria. Al aplicar $OR=0.16$ determinando que el antecedente de legrado uterino no es un factor de riesgo asociado a la retención placentaria.

Tabla 3.-Parto prolongado asociado a retención placentaria en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco, en los años 2015 y 2016.

PARTO PROLONGADO	RETENCIÓN PLACENTARIA				TOTAL	
	SI	%	NO	%	N	%
SI	15	38%	10	25%	25	31%
NO	25	63%	30	75%	55	69%
TOTAL	40	100%	40	100%	80	100%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos para el estudio.

OR= 1.80

IC= 0.689 – 4.702

Interpretación:

En la tabla observamos que de 25 pacientes con parto 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 4.-Cesárea previa asociada a retención placentaria en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco, en los años 2015 y 2016.

CESAREA PREVIA	RETENCIÓN PLACENTARIA				TOTAL	
	SI	%	NO	%	N	%
SI	1	2.5%	6	15%	7	8.8%
NO	39	97.5%	34	85%	73	91.3%
TOTAL	40	100%	40	100%	80	100%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos para el estudio

OR= 0.145

IC= 0.017 – 1.268

Interpretación:

En la tabla observamos 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.

IV. DISCUSIÓN

En la presente investigación los datos encontrados, procesados analizados evidencian que las variables multiparidad y parto prolongado son factores de riesgo y están asociados a retención placentaria.

La multiparidad corresponde a aquella condición por la cual la gestante ha tenido 2 o más partos constituyen un factor de riesgo muy importante en el embarazo, parto o puerperio relacionándose estrechamente con la morbi-mortalidad materna y otras complicaciones a las que predispone en la gestación. En estudios realizados la multiparidad se ha encontrado vinculado con retención placentaria.¹⁷ En la tabla N° 1 podemos observar que de 57 pacientes con multiparidad el 75% presentaron retención placentaria y el 68% no presentaron. Así también de 23 pacientes que no tuvieron multiparidad, el 25% tuvieron retención placentaria y el 33% no presentaron retención placentaria. Al aplicar $OR=1.444$ determinando que la multiparidad es un factor de riesgo asociado a la retención placentaria.

Estos hallazgos resultan coincidentes con lo reportado por Zavaleta S.³² (Perú, 2018); la multiparidad es factor de riesgo asociado a retención placentaria en gestantes en un 26%. Según estudio Mendoza J.⁸ (México, 2013) es factor de riesgo factores maternos como la multiparidad representado un porcentaje 16% un porcentaje mayor en relación a otras variables en estudio para retención placentaria.

La fisiopatogenia del Acretismo placentario ocurre por deficiencia de la decidua o como resultado de una cicatriz uterina en la mayoría de casos atribuibles a cirugía, (cesárea o legrado uterino) Este proceso se caracteriza por hipoxia secundaria localizada de la cicatriz que conduce a defectos de decidualización y de invasión trofoblástica excesiva.²⁹ En la tabla N°2 observamos que de 37 pacientes con antecedente de legrado uterino el 25% presentaron retención placentaria y el 68% no presentaron. Así también de 43 pacientes que no tuvieron antecedente de legrado uterino, el 75% tuvieron retención placentaria y el 33% no tuvieron retención placentaria. Al aplicar $OR=0.16$ determinando

que el antecedente de legrado uterino no es un factor de riesgo asociado a la retención placentaria.

El estudio difiere según lo reportado por Lazo A, Franco M.²² (Perú, 2016) quien realizó un estudio sobre factores de riesgo de la retención de placenta en partos a término. 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. Concluyendo que las pacientes con aborto previo, tiene mayor riesgo a presentar retención de placenta. Según el presente estudio difiere al encontrar que el antecedente de aborto no es un factor de riesgo asociado retención placentaria.

El trabajo de parto prolongado es una importante causa de mortalidad y morbilidad materna y perinatal. Entre las causas subyacentes frecuentes se incluyen las contracciones uterinas ineficientes, presentación o posición fetal anormal, pelvis ósea inadecuada o anomalías de partes blandas de la madre. En la práctica clínica puede ser muy difícil identificar la causa exacta de un trabajo de parto que avanza lentamente.³⁴

En la tabla N°3 observamos que de 25 pacientes con parto 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.

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 múltiparas y en mujeres que tuvieron trabajo de parto prolongado (Arauz Tellez, 2012) ²⁴

Cesárea previa es un riesgo de ruptura uterina por lo que en la siguiente cesárea se considera como una alternativa segura, que no presenta un

incremento en la morbilidad materno fetal, donde el riesgo de ruptura uterina es la principal preocupación; sin embargo, ésta se presenta en menos del 1% de los casos.¹⁸

Teniendo estos hallazgos tienen relevancia con la literatura que nos manifiesta que en la Placenta accreta. No existe plano de separación entre la placenta y la pared uterina produciendo una falta de desprendimiento placentario durante el alumbramiento. La incidencia es de 1 cada 533 embarazos es muy baja y los factores predisponentes son las placentas previas, cirugía por inserción anómala en las cicatrices uterinas previas y miomas. En la tabla N°4 observamos 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.

Estudio similar los antecedentes de cesárea, legrado uterino y paridad son factores de riesgo relacionados a la retención de restos placentarios. En un estudio retrospectivo de casos y controles, que incluyó 294 historias clínicas de púerperas del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizan durante el año 2012. Obteniendo los siguientes 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 extrahospitalario ($OR\ 2,89$; [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.³³

En un estudio Complicaciones maternas durante el parto y puerperio en pacientes con antecedentes de Cesárea desarrolladas en el Instituto Nacional Materno Perinatal investigo que de las complicaciones maternas durante el puerperio se presentaron en pacientes de parto vaginal con antecedente de Cesárea: anemia (42%), fiebre puerperal (7%) y la infección del tracto urinario (4%), y en las pacientes de parto por cesárea con antecedentes de Cesárea se evidenció anemia (42.4%), fiebre puerperal (11.1%), infección de herida operatoria (4%) y hemorragia posparto e infección del tracto urinario (3%) respectivamente.¹⁰

Retención placentaria es la placenta adherida por más de 15 minutos en manejo activo. La ausencia de alumbramiento de la placenta puede deberse a encarcelación de la placenta desprendida que permanece en cavidad uterina o parcialmente en vagina por espasmo uterino y por debilidad de las contracciones uterinas o adherencia patológica de la placenta (Acretismo placentario).³

La retención de placenta es una causa importante de mortalidad morbilidad materna en todo el mundo. Se estima que se presenta entre el 0,6 y 3,3% de los partos normales y presenta una tasa de 10% en las zonas rurales. ⁽³⁰⁾.

V.CONCLUSIONES

- La multiparidad, es un factor de riesgo asociado a la retención placentaria. (OR=1.444).
- El antecedente de legrado uterino, no es un factor de riesgo asociado a la retención placentaria. (OR=0.16).
- El parto prolongado, es un factor de riesgo asociado a retención placentaria (OR=1.80)
- La cesárea previa, no es un factor de riesgo asociado a retención placentaria. (OR=0.145)

VI. RECOMENDACIONES

1. Brindar una adecuada consejería en Planificación Familiar a las usuarias sobre todo en métodos anticonceptivos de larga duración. Considerando que el grado de paridad es una variable potencialmente controlable y modificable en el objetivo de reducir la frecuencia de esta complicación.
2. Los profesionales de la salud deben asegurar el cumplimiento de la Normatividad vigente en relación al manejo adecuado del trabajo de parto según la atención integral de la salud materna.
3. Los establecimientos de salud deben estar preparados para manejar este tipo de casos, administrativamente y técnicamente. Deben contar con los kits de Claves de emergencia obstétrica y personal capacitado para ejecutarlas.
4. Realizar adecuadamente la referencia oportuna a hospitales de mayor complejidad, con mayor capacidad resolutive según condiciones establecidas en las normas de referencia y contra-referencia.

V. REFERENCIAS

1. Yagui M, Arrasco A, Mendoza SW, Guevara T, Mortalidad materna en el Perú 2002 – 2011. Lima – Perú: GIANLUD PRINT E.I.R.L; 2013.vol 1 1ª Ed. <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Mortaliad-Materna-Peru.pdf>
2. Ávila D. S, Alfaro M. T, Olmedo S. J. Generalidades sobre placenta previa y Acretismo placentario. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD. Año 2016 Vol. 6 No II. [file:///C:/Users/marleni%20quispe/Downloads/25735-66854-1-SM%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/marleni%20quispe/Downloads/25735-66854-1-SM%20(1).pdf)
3. Benites E. Retención placentaria como causa de hemorragia postparto en Hospital de Vitarte - caso clínico 2015. Tesis para optar la segunda especialidad de obstetricia en atención obstétrica de la emergencia y cuidados críticos, Universidad Privada de Ica, Lima – Perú 2016. <http://repositorio.upica.edu.pe/bitstream/123456789/27/3/ELVIRA%20BENITES%20VIDAL%20-%20RETEN%20PLACENTARIA%20COMO%20CAUSA%20%20HEM%20POSTPARTO.pdf>
4. Dubón P. La Calidad en la atención médica (un caso de retención de restos placentarios). Rev CONAMED 2011; 16(4):204-208. <http://codamedy.ssy.gob.mx/wp-content/uploads/caso-conamed-rev-oct-dic-2011.pdf>
5. Conceptos básicos de Obstetricia: <https://es.slideshare.net/vigutaunt2011>.
6. Gutiérrez S, Rodríguez J. Principales factores de riesgo y complicaciones obstétricas relacionadas a la presencia de muerte materna en el parto y puerperio en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado. Distrito Huamachuco – Provincia Sánchez Carrión. Durante los años 2003 – 2013 [Tesis profesional] Trujillo, Perú: Universidad Privada Antenor Orrego. 2014. http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/321/1/GUTIERREZ_SUSAN_FACTORES_RIESGO_COMPLICACIONES_CARATULA.pdf

7. Mendoza, G. Histeroscopia diagn6stica versus legrado uterino en hemorragia uterina anormal. Hospitales Jos6 Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso. [Tesis especialista en Ginecolog6a y Obstetricia]. Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca; 2011.
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3967/1/MEDGO32pdf>
8. Mendoza J. Morbilidad y mortalidad en hemorragia obst6trica en el Hospital de ginecolog6a y obstetricia IMIEM, del periodo comprendido del 01 de julio 2011 al 01 de agosto 2012. (Tesis para obtener el diploma de pos grado de la especialidad de ginecolog6a y obstetricia). Universidad aut6noma del estado de M6xico; 2013.
<http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14025/396985.pdf?sequence=1>
9. Hern6ndez M, Garc6a T. Factores de riesgo de hemorragia obst6trica. Hospital Universitario de Saltillo, Coahuila. Ginecol Obstet Mex. 2016 December; 84(12):757-764.
<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2016/gom1612d.pdf>
10. Robles J. Factores de riesgo relacionado a gestaci6n mayor a 40 semanas [Tesis para optar al t6tulo de especialista en Ginecolog6a y Obstetricia] Lima, Per6: Universidad San Martin de Porres; 2014.
http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1343/3/Robles_jj.pdf
11. Rivera F. Multiparidad como factor de riesgo de parto pretermino en pacientes del servicio de gineco- obstetricia del hospital Bel6n de Trujillo [Tesis para optar el t6tulo de m6dico cirujano] Trujillo, Per6: Universidad Privada Antenor Orrego;2015 <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/1541>
12. Curahua L. Complicaciones maternas durante el parto y puerperio en pacientes con ces6rea previa desarrolladas en el instituto nacional materno perinatal Peru;2015.

13. Fernández R. J. Hemorragia postparto por retención de restos placentarios en el hospital san José de chincha – minsa” Tesis Para optar el Título de segunda especialidad en “atención obstétrica de emergencia y cuidados críticos marzo 2016” Ica, Perú: Universidad privada de Ica; 2016.
<http://repositorio.upica.edu.pe/bitstream/123456789/85/3/JUANA%20FERNANDEZ%20-%20HEM%20POST%20PARTO%20POR%20RETE%20DE%20RESTOS%20PLACENTARIOS.pdf>
- 14 .Ginecología y obstetricia – Manual :<https://www.merckmanuals.com>es-us>.
- 15 Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. México: MC – Grw-Hill;2015.
https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf
16. Alarcón N.M. El legrado uterino, indicaciones, beneficios y riesgos. médicas uis 20:151-56. 2007.
<http://files.area-biologia.webnode.es/200000024-a0057a0fdc/LEGRADO%20UTERINO.pdf>
17. Vázquez L. et. al. Manual básico de Obstetricia y ginecología. 2° ed. Madrid – España. Editorial de Publicaciones del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria: 2.039; 2017.
http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/M anual_obstetricia_ginecologia.pdf
18. Cuero V, Clavijo P. Parto vaginal después de una cesárea previa, Hospital San Juan de Dios, Cali (Colombia). Estudio de cohorte. Rev. ColombObstet.Ginecol.2011;62:148-154.
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v62n2/v62n2a05.pdf>

19. Asprea I, Di Marco I, Lipchak D. Manual breve para la práctica clínica en emergencia obstétrica. Vol. 1 ed I. Buenos Aires Argentina: 2012. <http://www.sogiba.org.ar/documentos/ManualBreveEmergenciaObstetrica.pdf>
- 20 .Ávila D, Alfaro M, Olmedo S. Generalidades sobre placenta previa y Acretismo placentario. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD. Año 2016 Vol. 6 No II. [file:///C:/Users/marleni%20quispe/Downloads/25735-66854-1SM%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/marleni%20quispe/Downloads/25735-66854-1SM%20(1).pdf)
- 21 .Karlsson H, Pérez S. Hemorragia postparto. An. Sist. Sanit. Navar. 2009, Vol. 32, Suplemento 1 <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32s1/obstetricia6.pdf>
- 22 Lazo E, Franco G. Factores de riesgo de la retención de placenta y/o membranas ovulares en partos a término en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Enero a Diciembre del 2015, (Tesis para optar el título profesional de Lic. en obstetricia) Universidad Católica de Santa María, Arequipa; enero 2016. <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/5567/63.0691.OP.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 23 .Calle A. Barrera M. Guerrero A. Diagnóstico y manejo de hemorragia posparto. Rev Per Ginecol Obstet. 2008; 54:233-243. http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol54_n4/pdf/a03v54n4.pdf
- 24 Ccahuin S. Multiparidad como factor de riesgo para la hemorragia uterina en el puerperio inmediato en pacientes atendidas en Hospital de San Juan de Dios de Pisco. (Tesis para optar el título profesional de Lic. en obstetricia) universidad alas peruanas; Ica, 2017. http://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/uap/4847/1/CCAHUIN_SUENO-Resumen.pdf
- 25 .Minsa. Guías de Práctica Clínica para la atención de emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Vol. 1 ed. I Lima-Perú: Editorial Sinco; 2007. http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf

- 26 .Canchihuaman I. Hemorragia posparto por retención placentaria en Hospital d Apoyo Ica 2016.
<http://repositorio.upica.edu.pe/bitstream/123456789/42/3/LIRMA%20CANC%20HIHUAMAN%20-%20HEM%20POST%20PARTO%20POR%20RETENCION%20PLACENTARIA.pdf>
- 27 . Casas U. M. Hemorragia post parto por retención placentaria” en el hHospital San José de Chincha – Minsa marzo de 2016.
<http://repositorio.upica.edu.pe/bitstream/123456789/81/3/MARIA%20CASA%20S%20URIBE%20-%20HEM%20POST%20PARTO%20POR%20RETENCION%20PLACENTARIA.pdf>
- 28 .Solari A. Solari C. Wash A. Guerrero M. Enríquez O. Hemorragia del postparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. [REV. MED. CLIN. CONDES - 2014; 25(6) 993-1003]
https://www.clinicascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/6%20Nov/21-solari.pdf
29. Hernández M, Gómez A, Morales M .Rotura uterina durante el segundo trimestre de gestación asociado a placenta percreta: presentación de un caso y revisión de la literatura: REV CHIL OBSTET GINECOL 2017; 82(6)
- 30.Trabajo de parto prolongado –ginecología y obstetricia:<https://www.msmanuals.com/es-pe/profesional/ginecología>.
31. MINSA. La mortalidad materna en el Perú. ; 2013.
32. Zavaleta S. Multiparidad como factor de riesgo asociado a retención placentaria en gestantes de Hospital Belen de Trujillo; 2018 tesis
<http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/4017>.

33. Cuestas H. Cesárea previa, legrado uterino y paridad como factores relacionados a la retención de restos placentarios en el puerperio inmediato, en el servicio gineco-obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano durante el año 2012:<http://repositorio.unheval.edu.pe/handle/UNHEVAL/634>.
34. Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto: Organización Mundial de la Salud 2015 :pag 3
35. Ashwal E, Melamed N, Yogev Y, Peled Y Incidencia y Factores de Riesgo de la Retención Placentaria después del Parto Vaginal Siisaludmedicina Reproductiva.sociedad iberoamericana de información científica 1980-2018: 16 jul 2018.

MATRIZ DE CONSISTENCIA

ALUMNA: Rene Eugenia Negreiros Paredes

I. **TITULO:** Multiparidad, antecedentes de legrado uterino, parto prolongado, cesárea previa como factores de riesgo asociados retención placentaria en pacientes atendidas en el hospital Leoncio prado de Huamachuco - la libertad 2015 al 2016.

II. **REALIDAD PROBLEMÁTICA**

III. **MATRIZ DE CONSISTENCIA**

FORMULACION DEL PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	DISEÑO
¿La multiparidad, antecedentes de legrado uterino, parto prolongado y cesárea previa son factores de riesgo asociados para la retención placentaria en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco 2015 - 2016?	<p>GENERAL</p> <p>Determinar si la multiparidad, antecedentes de legrado uterino, parto prolongado y cesárea previa son factores de riesgo asociados con retención placentaria en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco en los años 2015 al 2016.</p>	La multiparidad, antecedentes de legrado uterino, parto prolongado y cesárea previa son factores de riesgo asociados a retención placentaria en pacientes atendidas en Hospital Leoncio Prado de Huamachuco del 2015 al 2016.	El diseño de investigación del presente estudio es no experimental, transversal de casos y controles.
	<p>ESPECIFICOS</p> <p>-Determinar si la multiparidad, es un factor de riesgo asociado a la retención placentaria.</p> <p>-Determinar si el antecedente de legrado uterino, es un factor de riesgo asociado a la retención placentaria.</p> <p>-Determinar si el parto prolongado, es un factor de riesgo asociado a retención placentaria.</p> <p>-Determinar si la cesárea previa, es un factor de riesgo asociado a retención placentaria.</p>		

IV. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
• Multiparidad				Si/No	Nominal
• Antecedentes de legrado uterino				Si/No	Nominal
• Parto prolongado				Si/No	Nominal
• Cesárea previa				Si/No	Nominal
• Retención placentaria				Si/No	Nominal

V. REFERENCIAS CONSULTADAS (NORMAS VANCOUVER)