

**UNIVERSIDAD NACIONAL
“SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO”
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**“FACTORES DE RIESGO PARA LA RETENCIÓN DE RESTOS
PLACENTARIOS, HOSPITAL VÍCTOR RAMOS GUARDIA -
2019”**

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

AUTORAS:

BACH: BLAS PEREZ, LILIANA

BACH: HERNANDEZ ALVAREZ, KATHERINE

ASESOR:

Dr. AROTOMA ORE, MARCELO IDO

HUARAZ – PERÚ

2022



UNIVERSIDAD NACIONAL "SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO"
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIDAD DE GRADOS Y TÍTULOS
Av. Agustín Gamarra 1227
HUARAZ – ANCASH – PERÚ

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Los miembros del jurado que suscriben, se reunieron en acto público para calificar la Tesis Titulada:

“Factores de riesgo para la retención de restos placentarios, Hospital Víctor Ramos Guardia - 2019”.

Presentada por la Bachiller en Obstetricia:


Liliana BLAS PEREZ

Después de haber escuchado la sustentación y las respuestas a las preguntas formuladas, lo declaran aprobado con el calificativo de: **DIECISEIS..... (16)** en consecuencia, la sustentante queda en condición de recibir el Título Profesional de **LICENCIADA EN OBSTETRICIA**; otorgado por el Consejo Universitario de la UNASAM en conformidad a las normas Estatutarias y la Ley Universitaria.

Huaraz, 09 de noviembre del 2022.


Dra. María Inés VELÁSQUEZ OSORIO
PRESIDENTA


Mag. Gilma Aly ROJAS TELLO
SECRETARIA


Dr. Augusto Félix OLAZA MAGUIÑA
VOCAL

UNIVERSIDAD NACIONAL "SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO"
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIDAD DE GRADOS Y TÍTULOS
Av. Agustín Gamarra 1227
HUARAZ – ANCASH – PERÚ

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Los miembros del jurado que suscriben, se reunieron en acto público para calificar la Tesis Titulada:

“Factores de riesgo para la retención de restos placentarios, Hospital Víctor Ramos Guardia - 2019”.

Presentada por la Bachiller en Obstetricia:

Katherine HERNÁNDEZ ÁLVAREZ

Después de haber escuchado la sustentación y las respuestas a las preguntas formuladas, lo declaran aprobado con el calificativo de: **DI. E. C. I. S. E. I. S.**..... (16) en consecuencia, la sustentante queda en condición de recibir el Título Profesional de **LICENCIADA EN OBSTETRICIA**; otorgado por el Consejo Universitario de la UNASAM en conformidad a las normas Estatutarias y la Ley Universitaria.

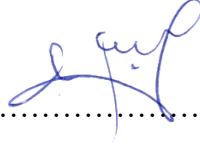
Huaraz, 09 de noviembre del 2022.


Dra. María Inés VELÁSQUEZ OSORIO
PRESIDENTA


Mag. Gilma Aly ROJAS TELLO
SECRETARIA


Dr. Augusto Félix OLAZA MAGUINA
VOCAL

FIRMA DEL JURADO



.....
DRA. MARÍA INÉS VELASQUEZ OSORIO
Presidente



.....
MAG. GILMA ALY ROJAS TELLO
Secretario



.....
DR. AUGUSTO FÉLIX OLAZA MAGUIÑA
Vocal

FIRMA DEL ASESOR

A handwritten signature in blue ink, consisting of stylized initials 'MI' followed by a flourish.

.....
Dr. Marcelo Ido AROTOMA ORE

DEDICATORIA

A Dios y todos los que fueron un apoyo considerable e imprescindible en el transcurso de mi carrera y para el desarrollo posterior de esta tesis. Primeramente, a mi madre, quien fue el apoyo moral y espiritual necesario para continuar cuando las dificultades se presentaron a lo largo de mi formación académica. Agradezco grandemente al equipo de profesores que fueron guías y soporte intelectual en este proceso de investigación, sin ellos esto no hubiese podido ser posible. Gracias por su esfuerzo, paciencia, y consideración.

Katherine

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mis padres, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional, muchas de las cuales han sido un soporte muy fuerte en mis momentos de angustia y desesperación. A mis hermanos por ser, mis fieles compañeros a lo largo de mi vida, finalmente a mi pequeña por ser quien me impulsa a ser mejor cada día.

Liliana

AGRADECIMIENTO

Primero doy gracias a Dios por darme la voluntad, la fuerza de permitir terminar la carrera de Obstetricia, de la misma manera doy gracias a mí familia por ser mi principal apoyo en este proyecto. A la Universidad por contar con los mejores profesores que un estudiante puede tener, a los docentes y en especial al líder de tesis Dr. Arotoma, que nos apoyó desde el inicio en este trabajo de investigación.

Katherine

Gracias a mi universidad, gracias por haberme permitido formarme en ella, gracias a toda la persona que fueron partícipes de este proceso, ya sea de manera directa o indirecta, gracias a todos ustedes, que fueron los responsables de realizar su pequeño aporte, que el día de hoy se vería reflejado en la culminación de mi paso por la universidad. Gracias a mis padres, que fueron mis mayores promotores durante este proceso, gracias a dios, que fue mi principal apoyo y motivador para cada día continuar sin tirar la toalla.

Liliana

ÍNDICE

RESUMEN	v
ABSTRACT	vii
1. INTRODUCCIÓN	9
2. HIPOTESIS	15
3. BASES TEORICAS.....	19
4. MATERIALES Y METODOS	44
5. RESULTADOS	52
6. DISCUSION.....	60
7. CONCLUSIONES	64
8. RECOMENDACIONES	65
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66
ANEXOS	73

RESUMEN

Se planteó el siguiente problema: ¿Los factores de riesgo para la retención de restos placentarios son la edad materna, cesárea previa y paridad en el Hospital Víctor Ramos Guardia - 2019? Con el objetivo general de determinar si los factores sociodemográficos y factores obstétricos son factores de riesgo para la retención de restos placentarios: La edad materna, la cesárea previa y paridad son riesgos significativos para la retención de restos placentarios. La investigación retrospectiva, correlacional de casos y controles, con una muestra de 186 puérperas con retención de restos placentarios (93 con retención de restos placentario y 93 sin retención de restos placentarios). Se usó como instrumento una ficha de recolección de datos, la información se procesó mediante el programa SPSS V26.0. Realizando la contratación de la hipótesis mediante la prueba de diferencia de proporciones y el chi cuadrado. Resultados: los partos vaginales a término atendidos en el Hospital Víctor Ramos Guardia durante el año 2019, con riesgos a retención de restos placentarios influyen, 47,3% de las mujeres atendidas, están en edad de riesgo y esto es, menores de 19 años o mayores de 34 años, mientras que el 52,7% no está en edad de riesgo, las mujeres atendidas con cesárea previa el 20,4%, mientras que el 79,67% sin Cesárea previa y el 42,5% son primíparas, mientras que el 57,5% son multíparas. en relación a la edad materna con la retención de restos placentarios obtenemos un valor de $OR = 35,88$ ($p < 0,05$) por lo que la edad si es un factor de riesgo, mientras que la cesárea previa con la retención de restos placentarios, nos da un valor de $OR = 5,06$ ($p < 0,05$) por lo que la cesaría previa si es un factor de riesgo y la paridad con la retención de restos placentarios resulta un valor de $OR = 1,95$ ($p < 0,05$) por lo que la primiparidad es un

factor de riesgo para la retención de restos placentarios. Se concluyó que el factor de riesgo para la retención de restos placentarios en comparación resulta que el factor sociodemográfico, (edad materna) es un factor de riesgo para la retención de restos placentarios (menores de 19 años y mayores de 34 años) y el factor obstétrico la (primiparidad y el antecedente de cesárea).

Palabras claves: retención de restos placentarios, cesárea previa, paridad, primípara, multiparidad.

ABSTRACT

The following problem was raised: Are the risk factors for the retention of placental remains maternal age, previous cesarean section and parity at the Víctor Ramos Guardia Hospital - 2019? With the general objective of determining if sociodemographic factors and obstetric factors are risk factors for retention of placental remains: Maternal age, previous cesarean section and parity are significant risks for retention of placental remains. Retrospective, correlational investigation of cases and controls, with a sample of 187 pregnant women with retained placental remains (93 with retained placental remains and 93 without retained placental remains). A data collection sheet was used as an instrument; the information was processed using the SPSS V26.0 program. performing the contracting of the hypothesis by means of the test of difference of proportions and the chi square. Results: full-term vaginal deliveries attended at the Víctor Ramos Guardia Hospital during 2019, with risks of retention of placental remains, 47.3% of the women attended are at risk age, that is, under 19 years or older than 34 years, while 52.7% are not at risk age, women attended with previous cesarean section 20.4%, while 79, 67% without previous cesarean section and 42.5% are prim parous, while 57.5% are multiparous. In relation to maternal age with the retention of placental remains, we obtain a value of $OR = 35.88$ ($p < 0.05$), so age is a risk factor, while previous cesarea with retention of placental remains, gives us a value of $OR = 5.06$ ($p < 0.05$) so that previous cesarean section is not a risk factor and parity with retention of placental remains results in a value of $OR = 1.95$ ($p < 0.05$) so that the Prim parity is a risk factor. It was concluded that the risk factors for the retention of placental remains in comparison, it turns out that maternal age is a risk factor for the

retention of placental

remains (under 19 years and over 34 years) and the prim parity.

Keywords: retention of placental remains, previous cesarea, parity, prim parous, multiparous.

1. INTRODUCCIÓN

La retención de restos placentario 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 materna, no obstante, existen características clínicas que aumentan el riesgo de retención de restos placentarios, entre ellos la sub involución uterina, alumbramiento incompleto (ausencia de cotiledones o parte 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 complicación. ⁽⁶⁾

La retención de restos placentarios 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. La principal consecuencia clínica de la retención de restos placentarios es la hemorragia postparto masiva, no controlada, que requiere tratamiento inmediato. Esta misma puede explicarse por su involución del lecho placentario, retención de placenta, infecciones y defectos en la coagulación. Esta complicación puede ocurrir en cerca de 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 retención de restos placentarios 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. ⁽³⁾

A nivel mundial, Al analizar las causas de las muertes maternas ocurridas en el país entre los años 2020 y 2021, encontramos que muchas pudieron ser prevenidas, como las hemorragias y la hipertensión, pero también, estuvieron asociadas a la enfermedad por Covid-19, siendo ésta última la tercera causa de mortalidad materna en el año 2020 y la primera en el año 2021.

En el Perú, la situación de la mortalidad materna es heterogénea y nos permite visualizar las situaciones de desigualdad en la capacidad de respuesta de los establecimientos de salud al interior del país. En el contexto de Covid-19, las muertes por todas las causas y las muertes por Covid-19 se han incrementado ocasionando sufrimiento en muchas familias en el país. Asimismo, con el incremento de muertes maternas, Perú se ha retrasado en su camino a su reducción debido al profundo impacto que ha tenido la Covid-19 en la provisión de los servicios de salud y por la situación de alto riesgo en que se encuentran las mujeres gestantes. ⁽⁴⁶⁾

En el Perú el 61,9 % de muertes ocurridas durante el puerperio la hemorragia (36 %) se observa que el diagnóstico de retención de restos placentarios tras el parto a término se establece en 2.7% de las mujeres. Según otros autores la incidencia de sospecha de retención de restos placentarios con ingreso hospitalario que requiere tratamiento fue de 0.92% del total de partos. Estas son las principales complicaciones identificadas. ⁽⁷⁾

De acuerdo a las estadísticas y a los estudios de investigación realizados a nivel regional según la Dirección Regional de Salud Ancash (DIRESA) se ha visto que

los casos de muerte materna han ido de forma decreciente en los últimos años, donde se muestra el total de muertes maternas notificadas según años (MM directa, Indirecta y No Relacionada). En el año 2017, se observa 05 MM, menos que el año 2016, después de mucho tiempo este indicador muestra cifras positivas de control. En el año 2017, en la Región Ancash han ocurrido 09 muertes maternas durante el parto, dentro de los cuales las causas más comunes están las hemorragias pots parto inmediato con retención de placenta y atonía uterina ya que las dos primeras horas son cruciales para la paciente, dentro de ellos los factores asociados estas complicaciones dentro del parto se encuentran la paridad que es el factor de riesgo más importante y algunas mujeres que tuvieron antecedentes de Cesárea previa. ⁽¹²⁾

Desde el inicio de la pandemia hasta el primer semestre del 2021, la infección por el SARS-CoV-2 representó la principal causa de muerte en este grupo vulnerable, desplazando a las hemorragias y trastornos hipertensivos, que antes de la pandemia fueron los principales factores de muerte materna en el país.

La mortalidad materna a causa de la COVID-19 tuvo fluctuaciones entre el primer (40.4 %) y segundo (8.9 %) semestre del 2021, observándose una importante disminución. Este año 2021, hasta la semana 13 (al 03 de abril), 4 departamentos reportan el más alto número de muertes maternas: Lima Centro (+11 MM), Piura (+ 11 MM), Lambayeque y Loreto (+10 MM). A su vez, al comparar la semana 13 de los años 2020 y 2021, observamos los más altos incrementos de muertes maternas en 4 departamentos del país: Ancash (+5 MM), Lambayeque (+ 5 MM), Lima Este (+ 5 MM), y Piura (+ 5 MM). ⁽⁴⁸⁾

Hasta la SE 52 - 2021, los departamentos que notificaron el mayor número de MM según procedencia fueron Lima (75), Piura (37), Lambayeque (31), La Libertad

(28), Loreto (28), Cajamarca (27), San Martín (24) y Ancash (24), que concentraron el 58,2 % del total de muertes en este período. ⁽⁴⁹⁾

Así mismo en la provincia de Huaraz el número de casos de muerte materna en el Hospital II-2 Víctor Ramos Guardia, en el periodo 2011-marzo 2018 asciende a 08 casos en estos últimos 7 años; durante el año 2011 y 2012 ocurrieron 3 casos respectivamente durante los años 2013 y 2014 ocurrieron 2 casos respectivamente, mientras que para el año 2015 fueron 4 casos, para el 2016 fueron 2 casos de muerte materna. Para el 2017 tenemos 2 casos de muerte materna y para el año 2018 3 casos de muerte materna. Para el 2021 se reportaron 2 casos de muertes maternas en la ciudad de Huaraz. ⁽¹³⁾

La retención de restos placentarios es una de las causas del sangrado post parto e infecciones puerperales entre otras morbilidades maternas, esta complicación obstétrica también se presenta en el Hospital Víctor Ramos Guardia - Huaraz que se vino observando durante el proceso del internado en dicho nosocomio ;la etiología y los factores de riesgo suelen ser diversos como se mencionó líneas arriba; por eso resulta de suma importancia identificar las condiciones que conllevan su aparición , así como determinar su asociación con la edad materna, un antecedente de cesaría previa y paridad resultando apropiado identificar la asociación a la retención de restos placentarios en puérperas, con la finalidad de identificarlos y plantear acciones estratégicas que permitan intervenir en la prevención primaria; conociendo estos factores de riesgo y realizando un análisis contextual se pueden tomar decisiones, implementar estrategias integrales en salud materna y monitorear las acciones que aporten a la reducción de esta complicación obstétrica.

Por las consideraciones mencionadas anteriormente, se consideró necesario realizar la presente tesis mediante la formulación del siguiente problema: ¿Los factores de riesgo para la retención de restos placentarios son la edad materna, cesárea previa y paridad , Hospital Víctor Ramos Guardia- 2019? teniendo como objetivo general el determinar si los factores sociodemográficos y factores obstétricos son factores de riesgo para la retención de restos placentarios ,Hospital Víctor Ramos Guardia - 2019. Los objetivos específicos determinar si el factor sociodemográfico es factor de riesgo para la retención de restos placentarios, Hospital Víctor Ramos Guardia - 2019. Identificar si los factores obstétricos son un factor de riesgo para la retención de restos placentarios, Hospital Víctor Ramos Guardia. Evidenciándose que el factor sociodemográfico, que están asociados con la retención de restos placentarios es la edad en riesgo (menores de 19 y mayores de 34 años). $OR = 35,88$ $p < 0,05$, y los factores obstétricos analizados, que están asociados con la retención de restos placentarios, con antecedente de cesárea $OR = 5,06$ $p < 0,05$ y las pacientes primíparas $OR = 1,95$ $p < 0,05$.

La presente investigación consta de seis partes. En la primera se da conocer la hipótesis, variables y operacionalización de variables. En la segunda parte, se exponen los fundamentos teóricos y antecedentes del estudio en el contexto internacional y nacional. a continuación, en la tercera parte, se describe los materiales y métodos utilizados en el proceso de recojo, procesamiento y análisis de la información. En la cuarta y quinta parte se exponen y discuten los resultados principales de la investigación, de acuerdo a los objetivos propuesto en el estudio. En la sexta parte se presenta las conclusiones del trabajo y las recomendaciones correspondientes. En el anexo se incluyen el instrumento utilizado para la

recolección de los datos correspondientes, así como la información relevante para la investigación.

Finalmente es pertinente indicar que la justificación de la presente tesis se fundamenta en la comparación de sus resultados con otros estudios nacionales e internacionales llevados a cabo en realidades diferentes a la muestra, a la vez que enriquece y orienta los conocimientos de los profesionales en Obstetricia, en quienes se pretende promover la aplicación de acciones orientadas a la búsqueda de nuevas experiencias.

2. HIPOTESIS

Los factores socio demográficos y factores obstétricos son significativos para la retención de restos placentarios.

2.1. VARIABLES

- **Variable independiente:**

Factores socio demográficos

Factores obstétricos.

- **Variable dependiente:**

Retención de restos placentario

2.2. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍAS	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES DE RIESGO	Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	FACTOR SOCIO DEMOGRAFICO	Edad	<ul style="list-style-type: none"> • 12 a 17 años • 18 a 29 años • >30 años. 	Ordinal
			Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> • Casado • Soltera • Conviviente 	Nominal
			Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa • Estudiante 	Nominal
		FACTOR OBSTETRICO	Cesárea previa	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal

			Antecedente de aborto	<ul style="list-style-type: none"> • Espontaneo • Inducido • Sin aborto 	Nominal
			Modalidad de alumbramiento	<ul style="list-style-type: none"> • Schultze • Duncan 	Nominal
			Número de partos.	<ul style="list-style-type: none"> • 1 parto • 2 partos • >3 partos 	Ordinal
VARIABLE DEPENDIENTE: RETENCION DE RESTOS	Es la falta de una porción de la superficie materna de la placenta o presencia de	RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS	Diagnóstico de retención Restos placentarios	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal

PLACENTAR IOS	desgarros de membranas, en una puérpera con sangrado variable que continua luego de 12 horas después del parto.				
--------------------------	---	--	--	--	--

3. BASES TEORICAS.

3.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION.

IGLESIAS, Johana (2016). **Factores de riesgo de hemorragia post parto, en las mujeres que fueron atendidas en el servicio de Gineco - Obstetricia, del HECAM, Nicaragua.** Tesis de pre grado. Objetivo: Describir los factores asociados a hemorragia post parto, en mujeres que fueron atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia, del HECAM, Matagalpa en el periodo 2010-2013. Estudio. De tipo descriptivo, retrospectivo de corte transversal, con enfoque cuali-cuantitativo. Estuvo constituido por 138 mujeres a las que se les atendió parto vía vaginal y Cesárea. Resultados: Encontramos que de 27,998 partos vía vaginal y cesárea atendidos se registró una incidencia la mayoría de las pacientes están en la segunda y tercera década de la vida, son de procedencia rural y no tienen escolaridad. Los factores antes del parto más importantes son: Ser primigesta, tener anemia, ser gran multípara y el SHG; durante el parto los más destacados, parto precipitado, parto domiciliario, y el trabajo de parto prolongado; al final del parto se presentan en mayor frecuencia: la hipotonía uterina, los esgarros obstétricos, la retención placentaria y de restos placentarios. Conclusiones: Tenemos presente que el esfuerzo para disminuir esta complicación se que realizar la vigilancia, seguimiento y charlas educativas a las embarazadas: lo que debe ser complementario a nivel secundario con la capacidad de poder manejar los casos con un equipo multidisciplinario y equipamiento adecuado. ⁽¹⁷⁾

ALVAREZ, Esther (2016). **Hemorragia posparto secundaria o tardía.** España. Revista oficial de la sociedad española de ginecología y obstetricia.

Objetivo: conocer la incidencia de la hemorragia posparto secundaria (HPS), los factores de riesgo, así como la prevalencia de las principales entidades implicadas en esta patología. Estudio: descriptivo, observacional y retrospectivo, mediante el análisis poblacional de las pacientes hospitalizadas con el diagnóstico de HPS, en el Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, en el periodo comprendido entre 2004 y el 31 de marzo de 2014. El criterio de selección se realizó de acuerdo con la definición de la OMS de la HPS: “sangrado uterino excesivo que ocurre entre las 24 horas y las 12 semanas posteriores al parto”. Resultados: la incidencia de HPS fue del 0,29%. Esta enfermedad se asocia con mayor frecuencia al antecedente de parto vaginal en el actual episodio. La causa más prevalente de HPS fue la retención de restos placentarios, la cual representó el 75,51% del total de casos. El tratamiento realizado con mayor frecuencia fue el legrado evacuador (77,55%). Hasta en el 14% de los casos se asocia con anemia severa que requiere transfusión sanguínea. Conclusiones: la principal causa de la HPS es la retención de restos placentarios. Existen otras causas menos frecuentes y menos conocidas, pero con un alto potencial de generar morbimortalidad.⁽¹⁸⁾

SEGOVIA, María (2013). **Alteraciones placentarias en mujeres embarazadas con cesáreas previas**, Paraguay. Artículo nacional. Objetivo: determinar la asociación de anomalías de implantación, adherencia placentaria y retención de restos placentarios en pacientes con cicatriz de cesárea previa atendidas en el Hospital Nacional (Itaiguá) durante 5 años (2006- 2010). Estudio. diseño de cohorte retrospectivo, donde se comparó la presencia y ausencia de cicatriz de cesárea previa y el desarrollo de anomalías placentarias.

Resultados: ingresaron al estudio 1.776 mujeres con cicatriz de cesárea y 13.984 sin ella. Se encontró 164 (1%) pacientes con anomalías placentarias. La incidencia de las anomalías placentarias en la cohorte con cicatriz de cesárea fue 46,2/1.000 y la de adherencias placentarias fue 22,5/1.000. La cicatriz de cesárea resultó en un riesgo muy elevado para el desarrollo de anomalías placentarias RR 7,8 (IC 95% 5,8-10,7 p0,0001). Este riesgo aumentó linealmente con el número de cesáreas anteriores, la multiparidad, la edad mayor de 30 años. La mortalidad asociada a anomalías placentarias fue 0,6%. Conclusión: la presencia de cicatriz de cesárea previa resultó un riesgo muy elevado para el desarrollo de anomalías placentarias. ⁽¹⁹⁾

GALVES, Medaly (2019). **Factores Gineco obstétricos asociados a la retención de restos placentarios en Puérperas del Hospital de Pampas - Tayacaja, 2016**. Perú Tesis de grado. Objetivo: Determinar los factores Gineco obstétricos asociados a la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital de Pampas - Tayacaja. Estudio 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. ⁽²⁰⁾

PANTI, Yesica (2019). **Antecedentes de alto riesgo relacionados a hemorragia postparto por retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, julio a setiembre del 2018**. Perú. Tesis de grado. Objetivo: Determinar cuáles son los antecedentes de alto riesgo relacionados a hemorragia post-parto por retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca entre Julio a setiembre del 2018. Estudio de tipo observacional, analítico, transversal, prospectivo y relacional, la población está representada por puérperas del Hospital Carlos Monge Medrano- Juliaca -2018. La muestra consta de 35 casos. Resultados. Se encontró que la retención de restos placentarios se da por antecedentes sociodemográficos (zona de procedencia rural con un 82%), los antecedentes obstétricos (paridad 1 a más cesáreas anteriores con un 65.7%, 1 a más abortos con un 68.6%), los antecedentes prenatales (antecedente de ruptura de membranas con un 2.8%); están relacionados significativamente a la retención

de restos placentarios. Conclusiones. Se encontró que la retención de restos placentarios se da por antecedentes sociodemográficos (zona de procedencia rural con un 82%), los antecedentes obstétricos (paridad 1 a más cesáreas anteriores con un 65.7%, 1 a más abortos con un 68.6%), los antecedentes prenatales (antecedente de ruptura de membranas con un 2.8%); están relacionados significativamente a la retención de restos placentarios. ⁽²¹⁾

QUISPE, Blanca (2018). Factores asociados a la presencia de hemorragia post parto inmediato en el hospital Guillermo Kaelín de la fuente villa maría del triunfo de julio 2016 a junio 2017. Perú. Tesis de post grado.

Objetivo. Determinar los factores asociados a la presencia de hemorragia post parto inmediato en el Hospital Guillermo Kaelín De La Fuente Villa María del Triunfo de julio 2016 a junio 2017. Estudio de tipo descriptiva, de corte transversal y retrospectiva; la población de estudio lo conformaron las púerperas atendidas de julio 2016 a junio 2017; la muestra estuvo conformada por 58 púerperas que cursaron con hemorragia post parto. Resultados. a incidencia de hemorragia post parto inmediato fue de 1.76%. Entre las características socio demográficas, 6.9% está conformado por el grupo de edad < 18 años y solo el 1.7% tienen nivel de instrucción primario. Entre los factores obstétricos preparto, se describen: 91.4% de púerperas fueron controladas, 41.4% fueron primíparas, 51.7% tuvo adecuada duración del trabajo de parto, 19% tuvo feto macrosómico y al 27.6% se le administró oxitócicos en el trabajo de parto. Los principales factores obstétricos intraparto fueron: atonía uterina 79.3%, lesiones del canal de parto 39.7%, episiotomía 24.1% y retención de restos placentarios 13.8%. conclusiones. Los factores asociados a la presencia

de hemorragia post parto inmediato fueron: primíparas, feto macrosómico, uso de oxitócicos durante el trabajo de parto, atonía uterina, lesiones del canal de parto, episiotomía y retención de restos placentarios. ⁽²²⁾

CRISPIN, Roger (2018). **Características obstétricas en puérperas con retención de restos placentarios atendidas en el hospital regional Zacarías correa Valdivia Huancavelica 2017** Perú. Tesis de grado. Objetivo: Determinar las características obstétricas en puérperas con retención de restos placentarios atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica, 2017. Estudio de tipo observacional, retrospectivo de corte transversal. Resultados: El 92,7% son primíparas o multíparas, el 54.9 % tienen periodo intergenésico corto o largo y El 48.7% tuvieron parto prolongado o precipitado de las puérperas atendidas con diagnóstico de retención de restos placentarios. La característica obstétrica del tipo de alumbramiento Duncan tiene una frecuencia con casi la mitad 45,1%. La característica obstétrica tiempo de alumbramiento dirigido tiene una frecuencia con más de la mitad 82.9%, una duración menor a 15 minutos. Esto se debe al factor protector que tiene el tipo de alumbramiento. Las puérperas con diagnóstico de retención de restos placentarios se caracterizaron por ser multíparas, de periodo intergenésico corto, con alumbramiento dirigido menor a 15 minutos y alumbramiento tipo Schultze Conclusiones: El estudio contribuye a identificar características obstétricas que poseen las puérperas con alumbramiento dirigido, diagnosticadas con retención de restos placentarios, para así tener presente los riesgos de complicaciones maternas después de la atención del alumbramiento hasta conllevar a un estado crítico del paciente. ⁽²³⁾

ZAVALETA, Scarleth (2018). **Multiparidad como factor de riesgo asociado a retención placentaria en gestantes del Hospital Belén de Trujillo**. Perú.

Tesis de grado. Objetivo: Determinar si la multiparidad es factor de riesgo asociado a retención placentaria en gestantes del Hospital Belén de Trujillo.

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 ($p < 0.05$).

Conclusión: La multiparidad es factor de riesgo asociado a retención placentaria en gestantes del Hospital Belén de Trujillo. ⁽⁶⁾ BEDRIÑANA, Katherine (2017).

Factores asociados a la retención de restos placentarios en parturientas del Hospital Regional de Ayacucho, año 2010-2015. Perú. Tesis de grado.

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. Estudio Aplicada - cuantitativa de tipo Retrospectivo, descriptivo, transversal. Resultados: El número de parturientas

en el período de estudio 2010 al 2015 fue de 17053, de las cuales 1328 casos presentaron retención de restos placentarios representando el 7,8% del total.

Respecto a la evolución de las hemorragias por retención de restos placentarios, se evidencia una cierta tendencia a disminuir. Conclusiones: Existe dependencia entre la retención de restos placentarios y los siguientes factores: Edad (adolescentes), paridad (gran multíparas), tipo de alumbramiento (espontáneo) y el mayor número de abortos. El antecedente de cesárea, la placenta previa y el desprendimiento prematuro de placenta si bien presentaron dependencia estadística significativa, sin embargo, presentaron una asociación bastante débil. ⁽²⁴⁾

SULCA, Giancarlo (2019). **Edad materna mayor o igual a 35 años como factor de riesgo para retención placentaria**. Perú. Tesis de pre grado. 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 Huaraz, durante el periodo 2014 - 2018. Estudio de tipo descriptivo, no experimental, retrospectivo, de corte transversal y con un diseño de casos y controles. La unidad de análisis estadístico, gestante que se atendió en el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Víctor Ramos Guardia durante el periodo 2014 - 2018. Resultados: Se examinaron las historias de las gestantes con diagnóstico de retención placentaria atendidas en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Víctor Ramos Guardia en el lapso comprendido desde el 01 de enero de 2014 hasta el 31 de diciembre de 2018. Se registraron en total 9587 historias clínicas, entre gestantes con y sin retención placentaria, de las cuales las que cumplieron los criterios de inclusión y conformaron la población muestral fueron 178 casos y 2159 controles, aleatoriamente mediante el Excel se obtuvo 204 casos y controles, 102 y 102

respectivamente, en base a una razón 1:1, con casos consecutivos de gestantes con retención placentaria y controles concurrentes de gestantes sin retención placentaria. Siendo el dato materno de la edad mayor o igual a 35 años el criterio más utilizado en la exclusión para la obtención de la muestra. La frecuencia de gestantes con retención placentaria que tuvieron edad mayor o igual a 35 años fue de 43 (42.16%) y de 59 (57.84%) para las menores de 35 años. La frecuencia de gestantes sin retención placentaria que tuvieron una edad mayor o igual a 35 años fue de 35 (34.31%) y de 67 (65.69%) para las menores de 35 años. Para valorar estadísticamente la hipótesis planteada, se usó la herramienta de prueba no paramétrica de independencia de criterios usando la distribución chi cuadrado, con un nivel de significancia del 5%; determinando así que no existe una relación significativa entre la retención placentaria y la edad materna mayor o igual a 35 años tras calcularse un X^2 de 1.33 menor al esperado (3.84); con un Odds Ratio (OR) de 1.39. Conclusiones: 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. ⁽¹⁵⁾

3.2. MARCO TEORICO

A. EDAD MATERNA

✓ . Definición:

Según el modelo de atención integral de la salud, los cursos de vida en años cumplidos por la madre al momento del parto:

- ✓ Edad materna adolescente: De 12 a 17 años
- ✓ Edad materna regular: De 18 a 29 años
- ✓ Edad materna avanzada: >30 años. ⁽¹⁵⁾

La edad es un antecedente biogeográfico que permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital de las personas; en el caso de la mujer adquiere especial importancia el período llamado edad fértil. Este período caracteriza a la mujer por su capacidad de ovular y embarazarse. El embarazo, si bien es una situación fisiológica, expone a la mujer, al feto y recién nacido, a la probabilidad de enfermar o morir. ⁽²⁵⁾

El embarazo en mujeres de >35 años de edad trae aparejado complicaciones maternas y perinatales por lo que es considerado como alto riesgo obstétrico; y al igual que las menores de 19 años de edad se clasifican como grupos de riesgo en las edades extremas de la vida.

Las gestantes con edad materna avanzada tienen mayor riesgo de aborto espontáneo, anomalías cromosómicas, malformaciones congénitas, diabetes gestacional, amenaza de parto prematuro y parto prematuro, hemorragia del primer y tercer trimestre, hemorragia post parto, parto por cesárea, y trastornos hipertensivos del embarazo sobre todo la preeclampsia que trae consigo la restricción de crecimiento intrauterino. ⁽²⁶⁾

El objetivo de la medicina materno-fetal es lograr que todo embarazo y parto culmine con una madre e hijo sanos. Valorar la eficacia y calidad de los cuidados obstétricos es y será la máxima preocupación de cualquier hospital o institución de salud. En nuestro medio, la mujer tiene su familia a edad temprana; sin embargo, cada día la mujer parece más decidida a cambiar esta circunstancia para poder realizarse individual, laboral y profesionalmente. Por ello, difiere su matrimonio y la procreación a un periodo cada vez más posterior, por lo que se observa en la clínica gestaciones y partos en mujeres

con edad cada vez mayor.

La tendencia a retrasar el primer embarazo incrementa las complicaciones maternas fetales debido a que el sistema reproductor va envejeciendo. Estas complicaciones son: trastornos hipertensivos, diabetes gestacional, restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad, mayor índice de cesáreas, puntuación baja en la escala de Apgar, muerte perinatal y bajo peso al nacer.

El embarazo a edades > 35 años aumenta en 1.0 -2.5% el riesgo de malformaciones no cromosómicas. Jacobson et al. reportaron un significativo incremento en el riesgo de diabetes gestacional en mujeres de 40-44 años de edad.^{3,7} En cuanto al crecimiento fetal, la tasa de nacidos pequeños para la edad gestacional es 66% más alta en mujeres > 40 años cuando se compara con mujeres entre 20-24 años de edad. Simchen et al. Reportaron que en mujeres >50 años, los recién nacidos fueron significativamente más pequeños en comparación con pacientes entre 45-49 años; también se observó una mayor incidencia de parto prematuro. ⁽²⁷⁾

B. CESAREA

a. Definición:

La operación cesárea se define como el nacimiento de un feto mayor de 22 semanas por medio de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y en la pared uterina (histerotomía), cuando existen indicaciones fetales y/o maternas que contraindican la vía vaginal, evitando así los riesgos y complicaciones materno-fetales ⁽²⁸⁾.

b. Cesárea previa:

La cesárea previa implica que la mujer posee una cicatriz en el útero y que por 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 ⁽²⁹⁾.

La cesárea es, con mucho, el procedimiento quirúrgico más común en obstetricia. En la actualidad, las tasas están por encima de los niveles de referencia indicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), tanto en los países desarrollados y en desarrollo, con una tendencia a la ampliación. Estudios basados en la población global en América Latina han informado de una tasa del 33%. ⁽³⁰⁾

El parto por cesárea se asocia con un mayor riesgo de morbilidad materna y perinatal en el embarazo actual. Además, se ha informado de un aumento del riesgo de resultados adversos obstétricos en el siguiente embarazo, independientemente de la modalidad del parto. ⁽²⁹⁾

c. Clasificación de cesárea:

Primaria. Cuando se realiza por primera vez este procedimiento quirúrgico.

Secundaria. Es cuando existe el antecedente de una cesárea anterior.

Iterativa. Es aquella que ha de repetirse ya sea por persistencia de la indicación anterior o por aparición de una nueva, distinta a la que motivo la intervención o intervenciones anteriores. ⁽⁴⁷⁾

d. Indicaciones:

✓ Indicaciones absolutas

Cesárea iterativa.

- Cesárea anterior con periodo intergenésico corto.
- Sufrimiento fetal.
- Distocia de presentación (situación podálica, transversa, etc.).
- Desprendimiento prematuro de placenta.
- Placenta previa centro total.
- Incompatibilidad céfalo pélvica.
- Prolapso de cordón umbilical.
- Situación transversa.
- Macrosomía fetal.
- Sufrimiento fetal agudo
- Indicaciones relativas:
- Distocia del trabajo de parto que no responde al tratamiento.
- Presentaciones anómalas.
- Anomalías fetales.
- Embarazo múltiple (tres o más fetos).
- Asimetría pélvica.
- Psicosis, retardo mental, trastorno de conciencia.
- Preeclampsia severa, eclampsia, síndrome de Hellp.

e. Recursos materiales a utilizar:

- ✓ Establecimiento con Funciones Obstetricias Esenciales - FONE
(Categorías: II-1, II-2) Sala de operaciones equipada: Máquina de anestesia, oxímetro de pulso, monitor cardiaco, aspirador de secreciones, servo cuna, mesa quirúrgica, mesa de mayo y media luna, cialítica, equipo de reanimación, set de cesárea, set de histerectomía, etc.

- ✓ Material e insumos: suturas, soluciones antisépticas, gasas, sonda Foley, aguja para anestesia epidural, etc.
- ✓ Medicamentos: Lidocaína al 5%, lidocaína al 2%, bupivacaina, oxitocina, ergometrina, atropina, diazepam, dexametazona, cefazolina, ampicilina.

f. Requisitos:

- Consentimiento informado.
- Exámenes preoperatorios: Hemograma, hemoglobina o hematocrito, grupo y factor Rh, perfil de coagulación, tiempo de coagulación, tiempo de sangría, recuento de plaquetas, glicemia, urea, creatinina, VIH, VDRL y sedimento de orina.
- Electrocardiograma y Rx. de tórax.
- Descarte de hepatitis B en zonas endémicas.
- Riesgo quirúrgico.
- Depósito de sangre.
- Técnica quirúrgica cesárea segmentaria:
- Lavado de manos.
- Lavado de pared abdominal.
- Colocación de campos Incisión de la pared abdominal: mediana infra umbilical (MIU) o transversa (Pfannenstiel).
- Después de la incisión en piel, realizar la apertura por planos hasta llegar a la cavidad.
- En cavidad abdominal, palpar el útero o restablecer el dextro rotación.
- Incidir el peritoneo en la reflexión basico uterino y disecar digitalmente, dejando un amplio campo para permitir la apertura del útero.

- Con el bisturí hacer una incisión de aproximadamente 2 cm en sentido transversal en el segmento, evitando lesionar al feto y tratando de mantener intactas las membranas.
- Abierto el útero, extender la incisión, cortando lateralmente y luego ligeramente hacia arriba con tijeras. Si el segmento es delgado, hacerlo con ambos dedos índices deslizar cuidadosamente la mano dentro de la cavidad uterina, levantando suavemente la cabeza fetal, mientras el ayudante presiona el fondo uterino, extrayendo la cabeza, los hombros y el resto del cuerpo fácilmente.
- Aplicación de oxitócicos, extracción de la placenta y limpieza de la cavidad uterina.
- Para la histerorrafia se puede exteriorizar el útero a través de la incisión abdominal, cubriéndolo con un campo estéril.
- La histerorrafia se realiza en un plano con sutura continua con catgut crómico 1 o ácido poliglicólico 1. Colocar el punto inicial lateral en el ángulo de la histerotomía; si la aproximación no es satisfactoria después del cierre continuo en una sola capa o si persisten puntos sangrantes, puede colocarse otra capa de sutura. Luego aproximar los bordes de la serosa que cubre el útero y la vejiga con sutura continua catgut crómico 2/0.
- Retirar todas las compresas. Si el útero se exteriorizó, revisar y restituirlo a su lugar, limpiar pliegues y correderas parietocólicas de sangre y líquido amniótico.
- Solicitar recuento de gasas.

- Cerrar peritoneo parietal con catgut crómico 2/0.
- Afrontamiento de plano muscular con puntos interrumpidos con catgut Crómico 2/0.
- Afrontar la aponeurosis con ácido poliglicólico, sutura continua.
- Cerrar la piel con sutura subdérmica o con puntos separados si hay riesgo de infección.

g. Criterios de alta:

Sin complicaciones al tercer día.

- ✓ Con complicaciones de acuerdo a evolución.
- ✓ Cita a los 7 días en caso de requerir retiro de puntos.
- ✓ Reingreso en caso de complicaciones (infección de herida operatoria, Endometritis, etc.).

h. Seguimiento y contra referencia:

- ✓ Sin complicaciones, seguir controles en su establecimiento de salud de origen luego de haber asegurado una evolución adecuada del postoperatorio. La contra referencia se realiza con el carné perinatal.
- ✓ Con complicaciones control en consultorios externos de la Institución hasta cumplir los criterios de alta para cada caso y teniendo en cuenta el lugar de residencia.
- ✓ La contra referencia se realiza con el carné perinatal. ⁽³¹⁾

C. PARIDAD:

Se dice que una mujer ha parido, cuando ha dado a luz por cualquier vía (vaginal o por cesárea) uno o más productos (vivos o muertos), que pesan 500 gramos o más o que poseen más de 20 semanas de gestación (un embarazo múltiple se consigna como una sola paridad). Si el producto no alcanza este peso o edad gestacional se denomina aborto.

- ✓ **Nulípara:** una mujer que nunca ha rebasado las 20 semanas de gestación. Puede o no haber quedado embarazada, pudo haber experimentado un aborto espontáneo o electivo, o un embarazo ectópico.
- ✓ **Primípara:** una mujer que ha dado a luz sólo una vez uno o varios fetos vivos o muertos, con una duración calculada de 20 semanas a más. Antes se usaba en umbral de 500g de peso al nacer para definir paridad, este umbral ya no es pertinente por la no supervivencia de lactantes con peso al nacer inferior a 500g.
- ✓ **Múltipara:** una mujer que ha completado dos o más embarazos hasta las 20 semanas o más. La paridad se determina por el número de embarazos

que llegó a las 20 semanas y no por el número de fetos nacidos. ⁽³²⁾

D. RETENCION PLACENTARIA

a. Definición:

Definida como la no expulsión de la placenta dentro de los 30 min. en alumbramiento espontáneo y por más de 15 minutos si se realizó alumbramiento dirigido. ⁽³¹⁾

Es la falta de expulsión de la placenta dentro de los 30 minutos posterior al nacimiento. La placenta se puede encontrar adherida o bien encarcelada en el útero, por lo que no puede ser expulsada y la cavidad uterina ocupada no logrará contraerse eficazmente, y el sangrado continúa. Se puede esperar hasta 30 min para que se produzca la salida de la placenta mediante maniobras de tracción controlada más oxitocina, si la placenta y membranas no se eliminan durante este tiempo, se debe sospechar de una placenta retenida ⁽¹¹⁾

La placenta retenida es una complicación potencialmente mortal debido a su asociación con la hemorragia postparto. La extracción manual de la placenta aumenta la probabilidad de contaminación bacteriana en la cavidad uterina. Una vez desprendida la placenta puede quedar detenida en el segmento inferior del útero. La expulsión se realiza mediante expresión simple uterina ayudada por los pujos de la parturienta. Esta situación no puede considerarse como patológica. Otras veces, la placenta no se desprende de su lecho de inserción (1% de los partos) en un tiempo prudencial, que se estima en 30 minutos. En algunas ocasiones puede ocurrir que la placenta se desprenda, pero no pueda expulsarse por trastornos dinámicos uterinos. Se producen así

por hiperdinamia uterino, los anillos de constricción por encima del segmento inferior que determinan la retención sobre ellos de toda la placenta desprendida encarcelación, o parte de ella engatilla miento.

Inserción anormal de las vellosidades coriónicas. ⁽³³⁾

b. Etiología:

El hecho de que no se desprenda la placenta puede deberse a:

- ✓ No se producen contracciones uterinas normales que originen el despegamiento placentario normal. Esta atonía uterina es frecuente en partos prolongados o con gran distensión uterina (parto gemelar, hidramnios).
- ✓ Existencia de alteraciones uterinas (miomas, malformaciones) o anomalías de la placenta.
- ✓ Placenta insertada en un lugar poco habitual (cuerno uterino) o que se trate de una adherencia normal, o que se trate de una placenta acreta.
- ✓ La retención placentaria es frecuente en partos prematuros.
- ✓ Las encarcelaciones y engatillamientos: Incarceración de la placenta desprendida que permanece en cavidad uterina o parcialmente en vagina por espasmo uterino. Pueden deberse a maniobras intempestivas, como tracciones de cordón o expresiones uterinas inadecuadas.
- ✓ Atonía uterina.
- ✓ Inercia uterina.
- ✓ Anillos de contracción (los espasmos). Es la contractura de una zona circular del útero (anillo de Band, etc.). Pueden ser esenciales o secundarias a masaje o uso incorrecto de oxitocina. Al quedar la placenta

retenida por encima del anillo se impide la retracción uterina y la contracción de los vasos, produciéndose hemorragia. ⁽³⁴⁾

E. RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS

a. Definición:

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. ⁽³⁵⁾

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 ⁽¹¹⁾

b. Cuadro clínico

✓ Hemorragia Posparto

Clasificación:

- **Hemorragia Posparto primaria o precoz (HPPP).**

Perdida sanguínea dentro de las 24 horas del parto.

- **Hemorragia Posparto Secundaria o Tardía (HPPS).**

Perdida sanguínea después de las 24 horas postparto, hasta la culminación del puerperio. ⁽³⁶⁾

Etiología:

Las causas comunes de Hemorragia Pos Parto (HPP), incluyen a la falla de contracción adecuada del útero después del parto (HPP Atónica), la cual explica hasta 90% de la HPP en la mayoría de países; trauma al tracto genital (HPP Traumática) la cual explica cerca del 7% de la HPP; y el sangrado debido a retención de tejido placentario y el de la Falla en el Sistema de la Coagulación, los cuales explican el restante de 3%. La HPP Atónica es la más prevalente y la principal causa de muerte materna en países de ingresos medios y bajos.

Las causas más frecuentes:

Atonía uterina

Es la causa más frecuente, siendo responsable del 80 y 90% de las HPP. Factores de riesgo: sobre distensión uterina (por gestación múltiple, hidramnios o feto macrosómico), agotamiento muscular (por parto excesivamente prolongado, rápido y/o gran multiparidad), corioamnionitis (fiebre, RPM prolongada). Conviene recordar la premisa:

“Un útero vacío y contraído no sangra”.⁽³⁷⁾

Retención de tejido placentario y/o coágulos

Definida como la no expulsión de la placenta dentro de los 30 min. en alumbramiento espontáneo y por más de 15 minutos si se realizó alumbramiento dirigido.⁽³⁸⁾

Es la falta de expulsión de la placenta dentro de los 30 minutos posterior al nacimiento. La placenta se puede encontrar adherida o bien encarcelada en el útero, por lo que no puede ser expulsada y la cavidad uterina ocupada no logrará contraerse eficazmente, y el sangrado continúa. Se puede esperar hasta 30 min para que se produzca la salida de la placenta mediante maniobras de tracción controlada más oxitocina, si la placenta y membranas no se eliminan durante este tiempo, se debe sospechar de una placenta.⁽³⁹⁾

Traumas

Hacen referencia a desgarros del canal genital, rotura uterina o inversión uterina.

Desgarros/laceraciones: suponen la segunda causa más frecuente de HPP después de la atonía uterina.

Normalmente se manifiestan como un sangrado vaginal activo propio de partos instrumentados o con episiotomía que hay que proceder a reparar mediante sutura. En ocasiones también pueden hacerlo como hematomas.

Los hematomas vulvares y vaginales auto limitados pueden tratarse de forma conservadora, en caso contrario deben ser evacuados.

Rotura uterina: se define como la pérdida de integridad de la pared del

útero. El factor de riesgo más comúnmente implicado es la existencia de una cirugía uterina previa, siendo la cesárea con histerotomía transversa segmentaria baja la más frecuente. Otros factores relacionados son los partos traumáticos (instrumentales, grandes extracciones, distocias) y la hiperdinamia / hiperestimulación uterinas. Las roturas asociadas a traumatismos externos (incluyendo la versión cefálica externa) son excepcionales.

Dehiscencia uterina: a diferencia de la rotura uterina propiamente dicha, la dehiscencia se define como la separación de la capa miometrial que asienta sobre una cicatriz uterina previa. Raramente son responsables de HPP moderadas-graves.

Inversión uterina: se trata de una complicación obstétrica muy poco frecuente que se atribuye a una excesiva tracción de cordón y presión sobre fondo uterino (Maniobra de Credé), provocando la salida del fondo uterino en la cavidad endometrial. Los principales factores de riesgo son el acretismo placentario y el alumbramiento manual. El prolapso es tan obvio que no son necesarias pruebas de imagen confirmatorias, salvo en casos de inversiones incompletas con estabilidad hemodinámica de la paciente y mínimo sangrado. ⁽³⁷⁾

c. Criterios de diagnóstico

Sub involución uterina, placenta se encuentra incompleta (ausencia de cotiledones o parte de membranas ovulares). ⁽⁴⁰⁾

d. Tratamiento

- ✓ Instalar vía endovenosa segura con CINA 9% o más 20 UI de oxitocina.
- ✓ Si hay evidencias ecográficas de restos endouterinos, proceder al legrado uterino. ⁽⁴⁰⁾

3.3. DEFINICION DE TERMINOS

a. Mortalidad:

Tasa de fallecimiento que refleja el número de muertes por unidad de población en una determinada región, grupo de edad, enfermedad u otra clasificación, normalmente expresada como muertes por 1000, 10000 o 100000 individuos. ⁽⁴¹⁾

b. Morbilidad:

Tasa con la que aparece una enfermedad o anomalía, calculada dividiendo el número total de personas de un grupo entre el número de personas de ese grupo que están afectadas por esa enfermedad o anomalía ⁽⁴¹⁾

c. Puerperio

La palabra puerperio se deriva del latín puer, niño, y parus, dar a luz. En la actualidad define al intervalo después del parto durante el cual los cambios anatómicos y fisiológicos maternos inducidos por el embarazo regresan al estado basal antes de la gravidez. En consecuencia, su duración es poco precisa, pero se le considera de cuatro a seis semanas ⁽²⁸⁾.

d. Placenta previa:

Inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero, sobre el orificio interno o muy cerca del mismo. Es un trastorno de la gestación donde la placenta protruye hacia o cubre por completo el orificio cervical interno. Es la

causa más frecuente de hemorragia indolora en el tercer trimestre de la gestación

(39)

e. Embarazo ectópico:

Gestación anormal en la que el producto concebido se implanta fuera de la cavidad uterina. (41)

f. Uterotonicos:

Fármacos que producen una contracción uterina adecuada, tras el nacimiento del neonato. Se puede administrarlos de forma profiláctica o terapéutica. Se ha comprobado que la administración profiláctica se relaciona con un tercer estadio más corto, menor riesgo de hemorragia y menor necesidad de Uterotonicos adicionales. Actualmente existen cuatro fármacos o grupos de fármacos con actividad uterotónica: oxitocina, carbetocina, alcaloides del cornezuelo del centeno y prostaglandinas. (42)

g. Profiláctico:

Agente que evita la diseminación de la enfermedad. Que previene la diseminación de la enfermedad. (41)

h. Adherida:

Del verbo adherirse. Unir dos superficies, o fijar la una a la otra. (41)

i. Legrado uterino:

Procedimiento quirúrgico utilizado como diagnóstico y tratamiento, que consiste en la evacuación del contenido uterino y curetaje mesurado del endometrio. Con la finalidad de evacuar el contenido uterino con fines diagnósticos y/o terapéuticos en entidades nosológicas obstétricas y/o ginecológicas. (36)

4. MATERIALES Y METODOS

4.1. TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo RETROSPECTIVO, debido a que indagó sobre hechos pasados de la población, que serían recopilados directamente de las historias clínicas de eventos que ya se registraron. Asimismo, el estudio es CORRELACIONAL porque tuvo como finalidad determinar la relación existente entre dos o más conceptos, categorías o variables de un contexto en particular. Asocia variables mediante un patrón predecible para un grupo de pobladores. ⁽⁴³⁾

4.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACION

El diseño seleccionado que se empleó en el presente estudio, es NO EXPERIMENTAL, TRANSVERSAL y de casos y controles, cuyo diagrama es el siguiente

$$I = \frac{I_0}{(OR \times P_e) + P_0}$$

$$I_e = I_0 \times OR$$

Dónde:

I_t : Incidencia total

I_e : incidencia expuestos

I_0 : incidencia no expuesta

P_e : Proporción de expuestos

P_0 : proporción de no expuestos

OR: Odds ratio

4.3. UNIVERSO O POBLACIÓN

El estudio se realizó en el Hospital Víctor Ramos Guardia - Huaraz, establecimiento de salud de nivel II - 2 referencial, ubicado en el Distrito de Huaraz, Provincia de Huaraz, Región Ancash.

La población estuvo integrada por todas las gestantes de N = 186 que ingresaron al Hospital, al área del Centro Obstétrico para la atención del parto cuya atención se llevó a cabo durante el año 2019, pero que han tenido diagnóstico de retención de restos placentarios.

Para la elección de los elementos muestrales (unidad de análisis), se tomó en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

PARA CASOS

a. Criterios de inclusión

- ✓ Historias clínicas de pacientes del tercer periodo de trabajo de parto con antecedente de cesárea previa diagnosticado con retención de restos placentarios post parto vía vaginal.
- ✓ Historias clínicas de pacientes del tercer periodo de trabajo de parto con diagnóstico de retención de restos placentarios con edad gestacional > de 22 semanas.
- ✓ Historias clínicas de pacientes del tercer periodo de trabajo de parto con diagnóstico de retención de restos placentarios con edad materna entre < 19 y < 35 años post parto vía vaginal.
- ✓ Historias clínicas de pacientes del tercer periodo de trabajo de parto con diagnóstico de retención de restos placentarios con un indeterminado número de partos.

b. Criterios de exclusión

- ✓ Historias clínicas de pacientes del tercer periodo de trabajo de parto con retención de restos placentarios a causa de otros factores no considerados como acretismo placentario y aborto.
- ✓ Historias clínicas de puérperas inmediatas y mediatas que no se encuentren en edades extremas.
- ✓ Historias clínicas puérperas mediatas sin retención de restos placentarios.

PARA CONTROLES:**c. Criterios de inclusión**

- ✓ Historias clínicas de pacientes del tercer periodo de trabajo de parto con antecedente de cesárea previa diagnosticado sin retención de restos placentarios post parto vía vaginal.
- ✓ Historias clínicas de pacientes del tercer periodo de trabajo de parto sin diagnóstico de retención de restos placentarios con edad gestacional > de 22 semanas.
- ✓ Historias clínicas de pacientes del tercer periodo de trabajo de parto sin diagnóstico de retención de restos placentarios con edad materna entre < 19 y < 35 años post parto vía vaginal.
- ✓ Historias clínicas de pacientes del tercer periodo de trabajo de parto sin diagnóstico de retención de restos placentarios con un indeterminado número de partos.

d. Criterios de exclusión

- ✓ Historias clínicas de pacientes del tercer periodo de trabajo de parto sin retención de restos placentarios a causa de otros factores no considerados

como acretismo placentario y aborto.

- ✓ Historias clínicas de puérperas inmediatas y mediatas que no se encuentren en edades extremas.
- ✓ Historias clínicas puérperas mediatas sin retención de restos placentarios.

4.4. UNIDAD DE ANÁLISIS Y MUESTRA

4.4.1. Unidad de análisis

La unidad de análisis estuvo conformada por cada paciente con diagnóstico de retención de restos placentarios atendidos, Hospital Víctor Ramos Guardia - 2019.

4.4.2. Muestra

En concordancia con el tipo de investigación, los objetivos y el alcance de las contribuciones que se pretendió hacer con el presente estudio, se usó el muestreo no probabilístico por conveniencia que permitió seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos. Esto, fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador. Este tipo de muestreo se caracterizó por un esfuerzo deliberado de obtener muestras "representativas" mediante la inclusión en la muestra de grupos supuestamente típicos. ⁽⁴⁴⁾

Por lo tanto, se trabajó con $n = 93$ pacientes (casos) y $n = 93$ (controles) con diagnóstico de retención de restos placentarios. La elección de los elementos muestrales se realizó por muestreo no probabilístico por conveniencia y se tomó las historias clínicas teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión antes mencionados.

4.5. INSTRUMENTO DE RECOPIACIÓN DE DATOS

La recolección de la información se realizó, usando como fuente de información secundaria las historias clínicas del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Víctor Ramos Guardia.

Para ello se usó una ficha de recolección de datos (Anexo N°01) compuesta por tres partes, la cual fue elaborada de acuerdo al problema y los objetivos de investigación, según se detalla a continuación:

- Primera parte: factores sociodemográficos: consta de 3 ítems
- Segunda parte: Factores de obstétricos: consta de 4 ítems
- Tercera parte: Retención de restos placentarios: contiene 1 ítems.

El instrumento de recolección de datos fue sometido a prueba de juicio de expertos para su validación (Anexo 2), para lo cual se consultó a dos obstetras especialistas en Emergencias Obstétricas, y un médico Gineco-obstetra a cargo del Centro Obstétrico y un estadístico. Asimismo, luego de una aplicación de una prueba piloto se procedió al cálculo de la confiabilidad del instrumento de recolección de datos mediante el coeficiente alfa de Cronbach (Anexo 3).

4.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se planteó ejecutar la valoración y el análisis estadístico descriptivo e inferencial de los datos, para la interpretación de la información obtenida e inferir las conclusiones necesarias del estudio.

a. Análisis descriptivo:

La información obtenida con el instrumento de recolección de la información se analizó haciendo uso del programa estadístico SPSS versión 26.0, para lo

cual una vez confeccionada la base de datos, se procedió a realizar el análisis descriptivo de las variables en cuadros bidimensionales y gráficos de frecuencia.

b. Análisis inferencial.

Se propone realizar el análisis inferencial bivalente para determinar los factores de riesgo relacionados a la retención de restos placentarios, utilizando para ello la prueba del odds ratio con un nivel de significancia de 5% ($p < 0.05$) y un intervalo de 95% para el odds radio.

4.7. ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

El presente proyecto de investigación tuvo como objetivo dar a conocer los factores de riesgo relacionados a la retención de restos placentarios relacionados, el estudio se realizó mediante la recolección de datos, los cuales serán mantenidos en confidencialidad y autorizados por el Hospital Víctor Ramos Guardia, generando así resultados que serán de importancia tanto para la población en general, no exponiendo los resultados obtenidos por los investigadores, en cierto modo se buscó prevenir los casos clínicos de retención de restos placentarios tomando en cuenta los resultados obtenidos.

No se usó la declaración de consentimiento informado, debido a que no se trabajó directamente con los pacientes, solo se extrajeran datos relevantes para el estudio de las historias clínicas.

Al establecer las pautas iniciales de esta investigación desde el punto de vista ético, se ha aptado por ceñirse estrictamente a lo establecido en los principios básicos y operacionales de la declaración de Helsinki, la cual fue promulgado por la asociación médica mundial, se respetó la salud, integridad, el derecho a

la autodeterminación, intimidad y la confidencialidad de la información personal de pacientes las cuales integraron a la investigación, como un cuerpo de principios éticos que deben guiar a la comunidad médica y otras personas que se dedican a la investigación con seres humanos siendo considerado como el documento más importante en la ética de la investigación en ciencias de la salud. Del mismo modo el proyecto de investigación estuvo basado en los principios universales de la ética tomando en cuenta los tres principios básicos, el respeto a la persona, la beneficencia y la justicia ética de las personas.

El respeto por las personas reconoce la capacidad y los derechos de todas las personas de tomar sus propias decisiones. Se refiere al respeto de la autonomía y la autodeterminación de los seres humanos por medio del reconocimiento y su dignidad y libertad, uno de los componentes importantes de este principio es la necesidad de dar protección especial a las personas vulnerables. La beneficencia hace que el investigador sea responsable del bienestar físico, mental y social del participante en lo que se refiere al estudio. La beneficencia también se conoce como principio de no-maleficencia. Los riesgos para una persona que participa en un estudio de investigación se deben comparar con el posible beneficio para el participante y la importancia del conocimiento que se va a obtener. Este principio se refiere a la justicia en la distribución de los sujetos de investigación, de tal manera que el diseño del estudio de investigación permita que las cargas y los beneficios estén compartidos en forma equitativa entre los grupos de sujetos de investigación.⁽⁴⁴⁾

El presente estudio es autofinanciado por las autoras. En cuanto a la revisión de las historias clínicas se tomó en cuenta toda la precaución que resguarde la

intimidad y la confidencialidad de su información personal, reduciendo así las consecuencias de la investigación sobre su integridad, el acceso para la revisión y recolección de datos en la hoja de instrumento serán autorizados por este nosocomio. ⁽⁴⁵⁾

5. RESULTADOS

5.1. FACTORES DE RIESGO PARA LA RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS

Tabla 1: Edad y retención de restos placentarios en pacientes atendidas, Hospital Víctor Ramos Guardia - 2019.

Edad	Retención de restos				Total %	
	Placentarios		Controles	%		
	Casos	%				
Expuestos	77	87,5	11	12,5	88	100
No expuestos	16	16,3	82	83,7	98	100
Total	93	50	93	50	186	100

$$\text{OR} = 35,88 \quad \text{IC} = [15,67 - 82,13] \quad \text{P} = 0,0001$$

Podemos observar que el 87,5% de las pacientes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz, que están expuestas a complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio (menores de 17 o mayores de 30 años), tuvieron retención de restos placentarios, mientras que el 83,7% de las pacientes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz (18 a 29 años), que no están expuestas a complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, no tuvieron retención de restos placentarios.

Realizado el análisis estadístico con la prueba del Odds ratio obtenemos un valor de

OR = 35,88 ($p < 0,05$), por lo que se demuestra que la edad de 17 a 29 y >30 años, si es un factor de riesgo para presencia de retención de restos placentarios.

Tabla 2: Estado civil y retención de restos placentarios en pacientes atendidas, Hospital Víctor Ramos Guardia - 2019.

Estado civil	Retención de restos placentarios				Total %	
	casos		controles			
	casos	%	controles	%		
Expuestos	43	59,7	29	40,3	72	100
No expuestos	50	43,9	64	56,1	114	100
Total	93	50	93	50	186	100

$$\text{OR} = 1,90 \quad \text{IC} = [1,04—3,45] \quad \text{P} = 0,049$$

Se evidencia que el 59,7% de las pacientes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz, que están expuestas (solteras), tuvieron retención de restos placentarios, mientras que el 56,1% de las pacientes no expuestas (casadas o solteras), no tuvieron retención de restos placentarios.

Realizado el análisis estadístico, considerando a las solteras como riesgo, con la prueba del Odds ratio obtenemos un valor de $\text{OR} = 1,90$ ($p < 0,05$), por lo que se afirma que el estado civil soltera si es un factor de riesgo para presencia de retención de restos placentarios.

Tabla 3: Ocupación y retención de restos placentarios en pacientes atendidas, Hospital Víctor Ramos Guardia - 2019.

	Retención de restos				Total %	
	Ocupación	placentarios				
	casos	%	controles	%		
Expuesto	52	48,6	55	51,4	107	100
No expuesto	41	51,9	38	48,1	79	100
Total	93	50	93	50	186	100

$$\text{OR} = 0,88 \quad \text{IC} = [0,49 - 1.57] \quad \text{P} = 0,767$$

Se observa que el 48,6% de las pacientes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz, que están expuestas (amas de casa), tuvieron retención de restos placentarios, mientras que el 48,1% de las pacientes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz, que no están expuestas (estudiantes), no tuvieron retención de restos placentarios.

Realizado el análisis estadístico con la prueba del Odds ratio obtenemos un valor de $\text{OR} = 0,88$ ($p > 0,05$), por lo que se demuestra que la ocupación no es un factor de riesgo para presencia de retención de restos placentarios.

Tabla 4: Cesárea previa y retención de restos placentarios en pacientes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia - 2019.

Cesárea	Retención de restos placentarios				Total	%
	casos		controles			
	casos	%	controles	%		
Expuestos	85	57,4	63	42,6	148	100
No expuestos	8	21,1	30	78,9	38	100
Total	93	50	93	50	186	100

$$\text{OR} = 5,06 \quad \text{IC} = [2,17 - 11,78] \quad \text{P} = 0,0001$$

Se evidencia que el 57,4% de las pacientes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz, que están expuestas (tuvieron antecedente de cesárea), tuvieron retención de restos placentarios, mientras que el 78,9% de las pacientes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz, no expuestas (que no tuvieron antecedente previo de cesárea), no tuvieron retención de restos placentarios.

Realizado el análisis estadístico con la prueba del Odds ratio obtenemos un valor de OR = 5, 06 ($p < 0,05$), por lo que se demuestra que el antecedente de una cesárea previa si es un factor de riesgo para la presencia de retención de restos placentarios.

Tabla 5: Antecedente de aborto y retención de restos placentarios en pacientes atendidas, Hospital Víctor Ramos Guardia - 2019.

Antecedente	Retención de restos Placentarios				Total	%
	casos		controles			
	casos	%	controles	%		
Expuestos	21	60,0	14	40,0	35	100
No expuestos	72	47,7	79	52,3	151	100
Total	93	50	93	50	186	100

$$\text{OR} = 1,65 \quad \text{IC} = [0,68 - 2,75] \quad \text{P} = 0,479$$

Se observa que el 60% de las pacientes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz, expuestas (tuvieron antecedente de aborto espontaneo), tuvieron retención de restos placentarios, mientras que el 52,3% de las pacientes que no estuvieron expuestas (tuvieron antecedente de aborto inducido o no tuvieron aborto), no tuvieron retención de restos placentarios.

Realizado el análisis estadístico con la prueba del Odds ratio obtenemos un valor de $\text{OR} = 1,65$ ($p > 0,05$), por lo que se demuestra que el antecedente de aborto, no es un factor de riesgo para presencia de retención de restos placentarios.

Tabla 6: Modalidad de alumbramiento y retención de restos placentarios en pacientes atendidas, Hospital Víctor Ramos Guardia - 2019.

Modalidad	Retención de restos Placentarios				Total	%
	casos		controles			
	casos	%	controles	%		
Expuestos	87	50,6	85	49,4	172	100
No expuestos	6	42,9	8	57,1	14	100
Total	93	50	93	50	186	100

$$\text{OR} = 1,37 \quad \text{IC} = [0,45 \text{ — } 4,10] \quad \text{P} = 0,781$$

Se determinó que el 50,6% de las pacientes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz, expuestas (que tuvieron como modalidad de alumbramiento Schultze), tuvieron retención de restos placentarios, mientras que el 57,1% de las pacientes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz, no expuestas (tuvieron como modalidad de alumbramiento Duncan), no tuvieron retención de restos placentarios.

Realizado el análisis estadístico con la prueba del Odds ratio obtenemos un valor de $\text{OR} = 1,37$ ($p > 0,05$), por lo que se demuestra que la modalidad de alumbramiento no es un factor de riesgo para presencia de retención de restos placentarios.

Tabla 7: Paridad y retención de restos placentarios en pacientes atendidas, Hospital Víctor Ramos Guardia - 2019.

Paridad	Retención de restos placentarios				Total	%
	casos	%	controles	%		
Expuestos	47	59,5	32	40,5	79	100
No expuestos	46	43,3	61	57,0	107	100
Total	93	50	93	50	186	100

$$\text{OR} = 1,95 \quad \text{IC} = [1,08 - 3,51] \quad \text{P} = 0,038$$

Se observa que el 59,5% de las pacientes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz, expuestas (que contaron con un parto), tuvieron retención de restos placentarios, mientras que el 57%, de las pacientes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz, no expuestas (que contaron con dos partos o mayor de tres partos, no tuvieron retención de restos placentarios.

Realizado el análisis estadístico, considerando a las mujeres que contaron con un parto como riesgo, con la prueba del Odds ratio obtenemos un valor de $\text{OR} = 1,95$ ($p < 0,05$), por lo que se demuestra que las pacientes con un parto si son un factor de riesgo para presencia de retención de restos placentarios.

6. DISCUSION

Los resultados de la presente tesis, con respecto al primer objetivo orientado a determinar si el factor sociodemográfico es un factor de riesgo para la retención de restos placentarios, Hospital Víctor Ramos Guardia. Fueron dados a conocer en la tabla 1 - 3, en la cual se observó al Realizar el análisis estadístico con la prueba del Odds ratio obtenemos un valor de $OR = 35,88$ ($p < 0,05$), por lo que se demuestra que la edad en riesgo si es un factor expuesto para presencia de retención de restos placentarios.

Resultados parecidos fueron reportados por Quispe en su investigación llevada a cabo en Perú, la incidencia de hemorragia post parto inmediato fue de 1.76%. Entre las características socio demográficas, 6.9% está conformado por el grupo de edad < 18 años y solo el 1.7% tienen nivel de instrucción primario. Entre los factores obstétricos preparto, se describen: 91.4% de puérperas fueron controladas, 41.4% fueron primíparas, 51.7% tuvo adecuada duración del trabajo de parto, 19% tuvo feto macrosómico y al 27.6% se le administró oxitócicos en el trabajo de parto. Los principales factores obstétricos intraparto fueron: atonía uterina 79.3%, lesiones del canal de parto 39.7%, episiotomía 24.1% y retención de restos placentarios 13.8%. Los resultados del objetivo numero dos fueron observados en la tabla n° 2,3 y 5 se observó que el 20,4% de las mujeres atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz, tuvieron antecedente de cesárea, mientras que el 79,67% no tuvieron antecedente de cesárea y el 42,5% de las mujeres atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz, son Primíparas, mientras que el 57,5% son multíparas. Por otro lado, es importante mencionar que luego de Realizar el análisis estadístico la prueba del Odds radio obtenemos un valor de $OR = 35,88$ ($p < 0,05$), por lo que se

demuestra que el antecedente de cesárea si es un factor de riesgo para la presencia de retención de restos placentarios y el análisis estadístico con la prueba del Odds ratio obtenemos un valor de $OR = 1,95$ ($p < 0,05$), por lo que se demuestra que las pacientes que son primíparas si es un factor de riesgo para presencia de retención de restos placentarios.

Resultados parecidos fueron reportados por iglesias en su investigación llevada a cabo en Nicaragua, Encontramos que de 27,998 partos vía vaginal y cesárea atendidos se registró una incidencia la mayoría de las pacientes están en la segunda y tercera década de la vida, son de procedencia rural y no tienen escolaridad. Los factores antes del parto más importantes son: Ser primigesta, tener anemia, ser gran múltipara y el SHG; durante el parto los más destacados, 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.

Alvares en su investigación llevada a cabo en España la incidencia de HPS fue del 0,29%. Esta enfermedad se asocia con mayor frecuencia al antecedente de parto vaginal en el actual episodio. La causa más prevalente de HPS fue la retención de restos placentarios, la cual representó el 75,51% del total de casos. El tratamiento realizado con mayor frecuencia fue el legrado evacuador (77,55%). Hasta en el 14% de los casos se asocia con anemia severa que requiere transfusión sanguínea.

Segovia en su investigación llevada a cabo en Paraguay ingresaron al estudio 1.776 mujeres con cicatriz de cesárea y 13.984 sin ella. Se encontró 164 (1%) pacientes con anomalías placentarias. La incidencia de las anomalías placentarias en la cohorte con cicatriz de cesárea fue 46,2/1.000 y la de adherencias placentarias fue

22,5/1.000. La cicatriz de cesárea resultó en un riesgo muy elevado para el desarrollo de anomalías placentarias RR 7,8 (IC 95% 5,8-10,7 p0,0001). Este riesgo aumentó linealmente con el número de cesáreas anteriores, la multiparidad, la edad mayor de 30 años. La mortalidad asociada a anomalías placentarias fue 0,6%.

Bedriñana en su investigación realizada en Perú Existe dependencia entre la retención de restos placentarios y los siguientes factores: Edad (adolescentes), paridad (gran múltiparas), tipo de alumbramiento (espontáneo) y el mayor número de abortos. El antecedente de cesárea, la placenta previa y el desprendimiento prematuro de placenta si bien presentaron dependencia estadística significativa, sin embargo, presentaron una asociación bastante débil.

Según Sulca en su investigación llevada a cabo en Huaraz Se examinaron las historias de las gestantes con diagnóstico de retención placentaria atendidas en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Víctor Ramos Guardia en el lapso comprendido desde el 01 de enero de 2014 hasta el 31 de diciembre de 2018. Se registraron en total 9587 historias clínicas, entre gestantes con y sin retención placentaria, de las cuales las que cumplieron los criterios de inclusión y conformaron la población muestral fueron 178 casos y 2159 controles, aleatoriamente mediante el Excel se obtuvo 204 casos y controles, 102 y 102 respectivamente, en base a una razón 1:1, con casos consecutivos de gestantes con retención placentaria y controles concurrentes de gestantes sin retención placentaria. Siendo el dato materno de la edad mayor o igual a 35 años el criterio más utilizado en la exclusión para la obtención de la muestra. La frecuencia de gestantes con retención placentaria que tuvieron edad mayor o igual a 35 años fue de 43 (42.16%) y de 59 (57.84%) para las menores de 35 años. La frecuencia de gestantes sin retención placentaria que

tuvieron una edad mayor o igual a 35 años fue de 35 (34.31%) y de 67 (65.69%) para las menores de 35 años. Para valorar estadísticamente la hipótesis planteada, se usó la herramienta de prueba no paramétrica de independencia de criterios usando la distribución chi cuadrado, con un nivel de significancia del 5%; determinando así que no existe una relación significativa entre la retención placentaria y la edad materna mayor o igual a 35 años tras calcularse un X^2 de 1.33 menor al esperado (3.84); con un Odds Ratio (OR) de 1.39.

Nuestra investigación tiene el propósito de dar mayor énfasis al trabajo de prevención y sus formas, sobre las retenciones de restos placentarios y sus factores asociados a este, ya que, en la ciudad de Huaraz, nuestra población estudiada refleja de forma referencial, que la primiparidad, la edad, el estado civil y el antecedente de cesárea es el principal factor obstétrico asociado a retención de restos placentarios, aumentando los índices de morbilidad materna, pudiendo prevenirla, brindando orientación y consejería sobre los métodos durante la etapa de desarrollo fértil dentro del Hospital Víctor Ramos Guardia - Huaraz contrastando con los conocimientos previos.

La limitación que se nos presentó durante el desarrollo de la investigación fue dentro del periodo de recolección de datos, puesto que no nos brindó acceso precoz a las historias clínicas. Una solución a episodios similares de poder dar acceso a datos estadísticos dentro de los establecimientos, sería previa constatación de la identificación de los investigadores y la solicitud especificando el uso de estos datos.

7. CONCLUSIONES

1. De los factores sociodemográficos analizados, que están asociados con la retención de restos placentarios, es la edad en riesgo (menores de 17 y mayores de 30 años). OR = 35,88 $p < 0,05$ y el estado civil soltera OR = 1,90 ($p < 0,05$).
2. De los factores obstétricos analizados, que están asociados con la retención de restos placentarios, puérperas con antecedente de cesárea OR = 5,06 $p < 0,05$ y las pacientes que contaron con un parto OR = 1,95 $p < 0,05$.
3. Los factores de riesgo para retención de restos placentarios son: la edad materna menores de 17 años y mayores de 30 años, estado civil soltera, puérpera con antecedente de cesárea y mujeres que contaron con un parto.
4. Podemos concluir que los resultados de la investigación si guardan relación en su totalidad con la hipótesis formulada.
5. Finalmente podemos decir que todos los factores asociados estudiados en esta investigación están asociados a la retención de restos placentarios.
6. Los factores socio demográficos y factores obstétricos son significativos para la retención de restos placentarios.

8. RECOMENDACIONES

1. Se sugiere a las autoridades de los establecimientos de salud, gobiernos locales tomar en cuenta los resultados del presente estudio para la elaboración y aplicación de protocolos asociados a la retención de restos placentarios, dando énfasis en los factores más concurrentes en nuestra localidad.
2. Los profesionales de Obstetricia, debemos organizar campañas educativas promoviendo la planificación familiar enfocándonos en edades de riesgo ya que en nuestra población investigada y experiencia como internos en el Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz pudimos observar mayores complicaciones en gestantes referidas de dichas edades.
3. Las autoridades del Ministerio de salud deben de capacitar a los profesionales de salud (Ginecólogos y Obstetras) para estar preparados ante las posibles deficiencias como ausencia de insumos y falta de personal oportuno y capacitado para el manejo ante hemorragia que se pudieran presentar durante el post parto, en especial si se trata de la atención de una gestante con complicaciones previas, en quien se debería de enfatizar una evaluación integral que considere un diagnóstico correcto de su salud.
4. Se sugiere a los personales de salud y otras personas dedicadas al trabajo de Gineco obstetricia poner énfasis en cuanto a la capacitación en emergencias obstétricas evaluando continuamente al personal, tomando en cuenta las características de la población, y el uso oportuno de la clave roja para evitar muertes maternas.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Negreiros Paredes R. Multiparidad, antecedentes de legrado uterino, parto prolongado y cesárea previa como factores de riesgo asociados a retención placentaria en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco 2015 - 2016. [Tesis de licenciatura]. Perú: Universidad Cesar Vallejo.; 2018.
2. Organización Mundial de Salud. Recomendaciones sobre la prevención y tratamiento de la hemorragia post parto [Sitio de internet]. suiza:2012 [diciembre de 2012; septiembre de 2019]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/120085/WHO_RHR_14.20_spa.pdf;jsessionid=1579C18D371CE85B582E4D2742D21571?sequence=1.
3. Dubon Peniche MD. La calidad en la atención médica, un caso de retención de restos placentarios. Rev de la Comisión de Arbitraje Médico.2011;16(4):204 - 208.
4. Donoso, Carbajal, Vera, Poblote. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Rev Med chile.2014;142: 168 - 174.
5. Organización Mundial de Salud. Mortalidad materna [Sitio de internet]. suiza:2019 [setiembre2019; noviembre de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/es/
6. Zavaleta Valderrama S. Multiparidad como factor de riesgo asociado a retención placentaria en gestantes del Hospital Belén de Trujillo. [Tesis de grado]. Perú: Universidad privada Antenor orrega.; 2018.
7. Ministerio de Salud. Boletín epidemiológico del Perú semana 26. Centro Nacional de Epidemiología y Control de Enfermedades.2018;27(26):567-570.

8. García Uribe E. Hemorragia Post parto. [Tesis pos grado]. Perú: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana;2016.
9. Ministerio de Salud. Boletín epidemiológico del Perú semana 47. Centro Nacional de Epidemiología y Control de Enfermedades.2017;26(47):1514-1517.
10. Ministerio de Salud. Análisis de Mortalidad Materna. [Sitio de internet]. Perú;2018 [febrero 2018, 14 de octubre del 2019]. Disponible en http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2018/SE02/mmaterna.pdf?fbclid=IwAR0MiZUEVoz87M2PvbBuP_5L6V_Y-CKZkwubNsMs1Z-Re-qNMcOuIaIOijg.
11. Cuestas Meneses H. Cesárea previa, legrado uterino y paridad como factores relacionados a la retención de restos placentarios en el puerperio inmediato, en el servicio de gineco obstetricia en el Hospital Herminio valdisan Medrano durante el año 2012. [Tesis de pre grado]. Perú: Universidad Nacional Herminio Valdisan.; 2015.
12. Dirección Regional de Salud de Ancash. Informe de gestión del año 2017. [sitio de internet]. Perú; 2017 [febrero 2018, 14 de septiembre 2019]. Disponible en http://www.diresancash.gob.pe/doc_gestion/INDICADORES_DESEMPENO_2017.pdf?fbclid=IwAR1Apip-19RMGcmib-LXAT3cv29iBzYmlXeV2JMKTtnAoQ3ukVUc4s9FMg8.
13. Unidad de Epidemiología y salud Ambiental - Mortalidad materna. [sitio e internet] Perú: 2018 [Julio 2018, 16 de octubre. Disponible en: https://issuu.com/patrumi/docs/boletin_julio_2018.
14. Flores Lapa D. Factores de riesgo asociados a hemorragia del puerperio

- inmediato, hospital PNP "Luis n. Sáenz" Julio 2016-2017. [Tesis de Grado].
Perú: Universidad Ricardo Palma:2018.
15. Sulca Loli G. Edad materna mayor o igual a 35 años como factor de riesgo para retención placentaria. [Tesis de grado]. Perú: Universidad San Pedro.; 2019.
 16. Organización Mundial de Salud. Mortalidad materna. [sitio de internet]. Suiza: 2019 [setiembre de 2019; octubre de 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
 17. Iglesias Castro J. Factores de riesgo asociados a hemorragia post- parto, en las mujeres que fueron atendidas en el servicio de gineco - Obstetricia, del HECAM, Matagalpa en el periodo 2010 - 2013. [Tesis de pre grado]. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.; 2016.
 18. Álvarez silvares E. Hemorragia posparto secundaria o tardía. Rev. Oficial de la sociedad española de ginecología y obstetricia. (España)2016;59(1):7-12.
 19. Segovia Vázquez MR. Alteraciones placentarias en mujeres embarazadas con cesáreas previas.Rev. nac. (itaugua).2013. Vol. 5 (1).
 20. Gálvez Rojas M. Factores gineco obstétricos asociados a la retención de restos placentarios en puérperas del hospital de pampas - tayacaja, 2016. [Tesis de especialización]. Perú: Universidad nacional de Huancavelica.; 2019.
 21. Panti Aroquipa Y. Antecedentes de alto riesgo relacionados a hemorragia postparto por retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, julio a setiembre del 2018. [tesis de licenciatura]. Perú: universidad andina Néstor Cáceres Velásquez; 2019.
 22. Quispe Yupanqui B. Factores Asociados a la Presencia de Hemorragia Post Parto Inmediato en el Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente Villa María Del Triunfo

- De Julio 2016 A junio 2017[tesis de especialidad]. Perú: Universidad de San Martín de Porres
23. Crispín Benito R. Características obstétricas en puérperas con retención de restos placentarios atendidas en el hospital regional Zacarías correa Valdivia Huancavelica, 2017. [Tesis de licenciatura]. Perú: Universidad Nacional de Huancavelica.; 2018.
 24. Bedriñana Muñoz K. factores asociados a la retención de restos placentarios en parturientas del hospital regional de Ayacucho, año 2010- 2015. [Tesis de licenciatura]. Perú: Universidad Nacional De San Cristóbal De Huamanga.; 2017.
 25. Enrique Donoso JA. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil.rev med chile. 2014; 142: 168 - 174.
 26. Ayala Peralta FD. Edad Materna Avanzada Y Morbilidad Obstétrica Rev. Perú Investigación Materna Perinatal 2016; 5(2):9-15.
 27. Napoleón Baranda N. Edad materna avanzada y morbilidad obstétrica. Rev evidencia medica e investigación en salud 2014; 7(3): 110 - 113.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/evidencia/eo-2014/eo143c.pdf>
 28. Flores Pérez F. Placenta y Anexos Fetales. [Sitio en internet]. Perú: 2017. [marzo 2017, 12 setiembre]. URL disponible en: http://files.uladech.edu.pe/docente/25558907/EMBRIOLOGIA_HUMANA/SESION_06/PLACENTA_Y_MEMBRANAS_FETALES.pdf?fbclid=IwAR0kc-7wbVdB-R1Uxy-xCylTX1682NcDXvhSZPUECPr3zDmV4L9Vx1rIKaM
 29. Organización Mundial de Salud Recomendaciones sobre la prevención y el tratamiento de la hemorragia pos parto [Sitio en Internet] Suiza: 2018

- [noviembre de 2018, 14 de octubre] URL disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/120085/WHO_RHR_14_20_spa.pdf;jsessionid=160498B7AAB18E536AC1A3F8C31A7D4E?sequence=1&fbclid=IwAR0Tlvh6pidLmQg6vWqpEQ08TRCW-EDh5i-MOJyW7pUW58XVRmn7rlYg17M
30. Guise J. Cesáreas Previas [Sitio de Internet] México 2015 [junio 2015, 226 de setiembre 2019] URL disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15_02_spa.pdf?sequence=1&fbclid=IwAR0MMPf-4TILNvULgUsul46cIqE05A_znKciYrGf9zidUPtXkDhmOVucyAY
31. MINSA. Guía de Práctica Clínica para la atención de emergencias Obstétricas según Nivel de capacidad Resolutiva. Primera edición. ed MINSA, editor Lima: Cinco Editores; 2017.
32. Iglesias Castro J. Factores de riesgo asociados a hemorragia post-parto, en las mujeres que fueron atendidas en el servicio de gineco - Obstetricia, del HECAM, Matagalpa en el periodo 2010 - 2013 [Tesis de pre grado] Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua ; 2016.
33. Ministerio de Salud. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia post parto [Sitio en internet] Perú: 2016 [mayo 2016, 13 de octubre 2019] URL Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000244cnt-g14_guia-hemorragia-post-parto.pdf
34. Prendiville W. Conducta activa versus conducta expectante del alumbramiento. revisión Cochrane traducida 2015; 7(3): 632-639.
35. Organización Mundial de Salud. Recomendaciones sobre la prevención y el tratamiento de la hemorragia pos parto. [Sitio en Internet]. Suiza: 2018 [noviembre de 2018, 14 de octubre]. URL. disponible en: <https://apps.who.int>

- /iris/bitstream/handle/10665/120085/WHO_RHR_14.20_spa.pdf;jsessionid=160498B7AAB18E536AC1A3F8C31A7D4E?sequence=1&fbclid=IwAR0Tlvh6pidLmQg6vWqpEQ08TRCW-EDh5i-MOJyW7pUW58XVRmn7rlYg17M.
36. Instituto Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y Procedimientos en Obstetricias y Perinatología. [Sitio en internet]. Lima -Perú: Cinco editores [15 de Setiembre].URL disponible en: https://www.inmp.gob.pe/descargar_repositorio?archivo=650t.pdf&nombre=650t.pdf.
37. Santana Ahuanari L. factores maternos y Obstétricos relacionados con la hemorragia post parto inmediato en el hospital Regional de Loreto del año 2015 - 2017. [Tesis de pre grado]. Perú: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana;2018.
38. Rosadio Aragón A. Factores de riesgo asociados a la hemorragia post parto en pacientes atendidas en el Hospital Sergio Vernaes comas en el periodo 2012-2014. [Tesis de pre grado]. Perú: Universidad San Martin de Porres;2016.
39. Alvarado J. Asistencia y control de la gestación, parto y puerperio normales. Perú: Apuntes médicos del Perú.
40. Roa Smock I. Placenta: anatomía e histología comparada. Rev Scielo. 2012; :1490 - 1496.
41. Mosby P. Diccionario de Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud. España: Elsevier;2010.
42. Muñoz Manrique SL. Fármacos Uterotonicos ELSEVIER. Revista española. 2019. 59(2).132.
43. Veiga Cabo J. Modelos de estudio en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. Rev. Scielo. 2014;54(210): 32-34.

44. Otzen Manterola C. Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. Rev. Scielo. 2017; 35(1):227-232.
45. Family Health International. Principios De La Ética De La Investigación Y Su Aplicación. Rev. Medica de Honduras. 2012, 80 (2): 75:76
46. Seguimiento Concertado Entre Estado Y Sociedad Civil A Las Políticas De Salud. [Sitio en internet]. Lima -Perú: Comité Ejecutivo Nacional [29 de abril del 2021]. URL disponible en: <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2021-05-07/mclcp-alerta-sobre-muertes-maternas-abril-2021-vp4.pdf>
47. José Gabriel Acuña Díaz. La cesaría iterativa. Hospital Militar Central, Bogotá [mayo - junio 1965]. URL disponible en: <https://doi.org/10.18597/rcog.2146>.
48. Mortalidad Materna Sigue en Aumento en el Contexto de Covid-19. Un llamado a la Acción. [Sitio en internet]. lima - Perú: MINSA - CDC [3 de abril 2021] URL disponible en: <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2021-04-26/ppt-mesa-sub-gt-smn-alerta-incremento-de-muertes-maternasvpreliminar.pdf>
49. Unidad de Epidemiología y salud Ambiental - Mortalidad materna. [sitio e internet] Perú: 2021 [26 diciembre - 1 de enero del 2022]. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202152_03_181723.pdf

ANEXOS





UNIVERSIDAD NACIONAL
“SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO”

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ANEXO N° 01

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS FACTORES DE RIESGO PARA LA
RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS, HOSPITAL VICTOR
RAMOS GUARDIA - 2019**

I. DATOS GENERALES:

N° DE HISTORIA CLÍNICA:

II. FACTORES SOCIO DEMOGRAFICOS:

EDAD MATERNA: _____ Años

ESTADO CIVIL:

1. Soltera
2. Casada
3. Conviviente

OCUPACION:

1. Ama de casa
2. Estudiante

III. FACTORES OBSTETRICOS:

CESAREA PREVIA:

1. Si
2. No



ANTECEDENTES DE ABORTO:

1. Espontaneo
2. Inducido
3. Sin aborto

MODALIDAD DE ALUMBRAMIENTO:

1. Schultze
2. Duncan

NUMERO DE PARTOS:

1. 1 parto
2. 2 partos
3. > 3 partos

IV. RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS:

1. REGISTRA DIAGNOSTICO DE RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS (Membranas ovulares y/o cotiledones)
 - a. Si
 - b. No



UNIVERSIDAD NACIONAL

“SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO”

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ANEXO N° 02

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS POR JUICIO DE EXPERTOS

A continuación, le presentamos ocho aspectos relacionados al proyecto de investigación, a los cuales se calificará con la puntuación 1 ó 0 de acuerdo a su criterio.

1. El instrumentopersigue los fines del objeto general ()
2. El instrumentopersigue los fines de los objetivos específicos ()
3. La hipótesis es atingente al problema y a los objetivos planteados ()
4. El número de los ítems que cubre cada dimensión es el correcto ()
5. los ítems están redactados correctamente ()
6. Los ítems despiertan ambigüedades en el encuestado ()
7. El instrumento al aplicarse llega a la comprobación de la hipótesis ()
8. La hipótesis está formulada correctamente ()

LEYENDA

PUNTUACIÓN

DA: De Acuerdo

ED: En Desacuerdo

RESULTADOS

JUEZ	Ítem	Ítem	Ítem	Ítem	Ítem	Ítem	Ítem	Ítem	TOTAL
I									
II									
III									
Total									





UNIVERSIDAD NACIONAL
“SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO”

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ANEXO N° 03

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Realizando el cálculo de la confiabilidad del instrumento mediante el coeficiente alfa de Cronbach, se obtuvo como resultado un instrumento de investigación confiable, según se detalla a continuación.

ESTADÍSTICO DE FIABILIDAD

Alfa de Cronbach	N de elementos
.790	7