



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

Factores asociados a la Retención de Restos Placentarios en
puérperas atendidas en el Hospital Belén de Lambayeque,
Quinquenio 2014 – 2018

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

Autora:

Bach. Obst. Guivar Cajusol Luz Merlly Vanesa

Asesora:

Mg. Gutiérrez Manzaneda Martha Eusebia

(Código Orcid: 0000 – 0002 – 3268 – 772X)

Línea de Investigación

Salud Materna

Pimentel - Perú, 2021

DEDICATORIA

A Dios que es lo más primordial, por estar conmigo en cada paso que doy, por darme vida, salud y sabiduría para cumplir con mis objetivos; cuidándome y dándome fortaleza para continuar.

A mis padres Santos y Nelida por ser el pilar fundamental en todo lo que hoy soy; por sus esfuerzos y sacrificios motivándome a continuar; por ser el hombro en donde me pude detener a descansar y ser mi inspiración para continuar.

A mis hermanos y sobrinas por su apoyo incondicional, por sus buenos deseos y la confianza que depositaron en mí.

LUZ MERLLY VANESA

AGRADECIMIENTO

En primera instancia gracias a Dios, por permitirme llegar a este momento, en compañía de mi familia; gracias a mi familia que deposito su confianza en mí, me apoyo y motivo en cada paso que eh dado a lo largo de mi vida, este nuevo logro, es gracias a ustedes y es por ello que les hago presente mi gran afecto hacia ustedes.

Agradezco a mi asesora de tesis la Mg. Martha Gutiérrez Manzaneda, por sus conocimientos, su paciencia, esfuerzo y dedicación, necesarios para terminar este trabajo; agradezco a todos mis formadores académicos, que me brindaron sus conocimientos, enseñándome a fortalecer mis valores y principios.

A mi alma mater, la Universidad Particular de Chiclayo, que me abrió sus puertas y me acogió durante estos años; permitiendo mi formación profesional, espiritual y humanamente

LA AUTORA

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
DEDICATORIA	02
AGRADECIMIENTO	03
INDICE DE CONTENIDOS	04
INDICE DE TABLAS	05
RESUMEN	06
ABSTRACT	07
I. INTRODUCCIÓN	08
II. DESARROLLO.	10
III. METODOLOGÍA	15
3.1 Tipo de investigación	15
3.2 Diseño de investigación	15
3.3 Variables y operacionalización	15
3.4 Población, muestra y muestreo.	16
3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	16
3.6 Procedimiento de recolección de datos	16
3.7 Técnicas de procesamiento y análisis de datos	17
IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	18
V. CONCLUSIONES	22
VI. RECOMENDACIONES	23
REFERENCIAS	24
ANEXO	26

ÍNDICE DE TABLAS

		Pag
TABLA 1	PREVALENCIA DE RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BELÉN DE LAMBAYEQUE, QUINQUENIO 2014 – 2018.	18
TABLA 2	CARACTERÍSTICAS MATERNAS. HOSPITAL BELÉN DE LAMBAYEQUE, QUINQUENIO 2014 – 2018.	19
TABLA 3	FACTORES ASOCIADOS A LA RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BELÉN DE LAMBAYEQUE, QUINQUENIO 2014 – 2018.	20

RESUMEN

Se ejecutó esta investigación de tipo cuantitativa, epidemiológica, observacional y analítica, con diseño de casos y controles, con el fin de determinar los factores asociados a la retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital Belén de Lambayeque, quinquenio 2014 – 2018. La población la conformaron 301 puérperas con retención de restos placentarios de un total de 7321 parturientas.

Los principales resultados fueron:

1. La prevalencia de retención de restos placentarios en puérperas fue 4.11%.
2. Las mujeres con retención de restos placentarios se caracterizaron por tener entre 24 y 29 años (37.54%), con menos de 37 semanas de gestación (62.46%) y eran gran multíparas (40.53%).
3. Los factores asociados a la retención de restos placentarios fueron: Aborto espontáneo (OR=08.47), gran multiparidad (OR=03.98), parto pretérmino (OR=21.71), preeclampsia (OR=04.56) y la modalidad de alumbramiento de Duncan (OR=14.09). ($p<0.05$)

Palabras Claves: Factores asociados, retención de restos placentarios, puérperas.

ABSTRACT

This quantitative, epidemiological, observational and analytical research was carried out, with a case-control design, in order to determine the factors associated with the retention of placental remains in postpartum women treated at the Hospital Belén de Lambayeque, quinquennium 2014 - 2018. The population was made up of 301 postpartum women with retention of placental remains out of a total of 7321 parturient women.

The main results were:

1. The prevalence of retention of placental remains in puerperal women was 4.11%.
2. Women with retention of placental remains were characterized by being between 24 and 29 years old (37.54%), with less than 37 weeks of gestation (62.46%) and were highly multiparous (40.53%).
3. The factors associated with the retention of placental remains were: spontaneous abortion (OR = 08.47), great multiparity (OR = 03.98), preterm delivery (OR = 21.71), pre-eclampsia (OR = 04.56) and Duncan's delivery modality (OR = 14.09). ($p < 0.05$)

Keywords: Associated factors, retention of placental remains, puerperal women.

I. INTRODUCCIÓN

La retención de restos placentarios es el origen de una hemorragia posparto y la mortalidad materna. Una revisión sistémica reciente ha confirmado que la incidencia de placenta retenida ha aumentado en todo el mundo, lo que es más común en los países desarrollados. La edad materna mayor de 35 años, la multiparidad, el trabajo de parto prematuro, los antecedentes de placenta retenida y la cesárea son considerados factores de riesgo de la RRP.¹

Una mujer embarazada fallece cada 20 minutos en las Américas, y casi 600 mil tienen entre 15 a 49 años a nivel mundial, por repercusiones asociadas con la gestación, el parto y el postparto, siendo la causa de muerte principal la hemorragia.²

La retención de restos placentarios evita que los músculos uterinos se contraigan, lo que lleva a una mayor pérdida de sangre de lo normal (> 500 cc).¹ En un examen placentario, por lo general, se ejecuta después del nacimiento, en la cual se puede detectar la ausencia de uno o más cotiledones. El sangrado externo es inconsistente puede no estar directamente relacionado con el tamaño de los cotiledones retenidos, estos cotiledones experimentan un proceso de descomposición que conduce a la infección en el período posnatal.²

Durante el alumbramiento, la falla de maniobras como la presión del fondo uterino o la tracción mecánica controlada del cordón (CU), puede promover la RRP, aunque esto a veces se debe a un mal funcionamiento o anomalías en el útero. Entre los determinantes asociados a la placenta acreta, increta y percreta son la placenta previa (PP), cesárea previa, el legrado, la multiparidad, los miomas y la malformación uterina.³

En el hospital en donde se llevó a cabo esta investigación, las tasas de retención placentaria variaron entre el 2 al 4% de todos los partos vaginales.⁴ No se encontraron resultados en encuestas realizadas durante largos períodos de tiempo, por ello el tema de estudio permitirá conocer la prevalencia de casos con retención de restos placentarios en puérperas y sus factores de riesgo asociados a ello, de tal forma que pueda contribuir un gran conocimiento del problema y

emprender acciones preventivas, encontrando alternativas de solución que conduzcan a la reducción de la morbilidad materna.

Por todo lo antes expuesto se planteó la sucesiva incógnita: ¿Cuáles son los factores asociados a la retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital Belén de Lambayeque, quinquenio 2014 – 2018?

Hipótesis: Los factores asociados a la retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital Belén de Lambayeque, quinquenio 2014 – 2018, son: Aborto, parto pretérmino, preeclampsia, multiparidad, entre otros.

Objetivo General.

Determinar los factores asociados a la retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital Belén de Lambayeque, quinquenio 2014 – 2018.

Objetivos Específicos.

Estimar la prevalencia de retención de restos placentarios en puérperas de la población sujeta a estudio.

Identificar las características maternas de la población sujeta a estudio.

Establecer los principales factores asociados a la retención de restos placentarios en puérperas.

II. DESARROLLO

Dentro de los antecedentes encontrados podemos mencionar a:

Coviello E y colab. (EEUU – 2015).⁵ Efectuó un estudio de cohorte para evaluar los factores de riesgo de placenta retenida, definida como más de 30 minutos entre el parto del feto y la placenta; incluyeron partos vaginales únicos de 24 semanas (n = 91 mil 291) del Consorcio de Trabajo Seguro de 12 instituciones de EE. UU. (2002-2008). La placenta retenida complicó 1047 partos vaginales (1.12%). Independientemente de la paridad, los predictores significativos de la retención de placenta incluyeron muerte fetal (OR ajustado por nulíparas, 5,67; IC del 95%, 3,10-10,37; OR ajustado por multíparas, 4,56; IC del 95%, 2,08-9,94), edad materna ≥ 30 años, parto a los 24 0/7 a 27 6/7 en comparación con 34 semanas o más y el parto en un hospital universitario. En las mujeres nulíparas, se identificaron factores de riesgo adicionales: Mayor duración del trabajo de parto en la primera o segunda etapa, mientras que se encontró que la raza negra no hispana en comparación con la raza blanca no hispana era protectora.

Endler M y colab (Suecia - 2015).⁶ Ejecutaron un estudio de cohorte, con el fin de evaluar si la preeclampsia, muerte fetal, PEG y parto prematuro están asociados con la retención de placenta. Para ello trabajaron con 386 mil 607 primíparas con EG entre 32 y 41 semanas sin DPP o productos con malformaciones congénitas. Hallando que, la tasa global de placenta retenida fue del 2.17%. El riesgo de placenta retenida fue mayor en mujeres con preeclampsia (OR = 1.37), muerte fetal (OR = 1.71) y parto prematuro (32 a 34 semanas un OR = 2.35 y de 35 a 36 un OR = 1.55).

Ashwal E y colab. (Israel – 2015).⁷ Efectuaron un estudio de casos y controles con el fin de determinar la incidencia y los factores de riesgo de la placenta retenida en 33 mil 925 mujeres las cuales el 1.4% se sometieron a revisión de la cavidad uterina debido a la sospecha de retención de placenta. Los casos se caracterizaron por tener una tasa mayor de cesáreas previas, abortos previos,

menor paridad, menor edad gestacional al momento del parto, trastornos hipertensivos.

Belachew J y colab (Suecia – 2015).⁸ Ejecutaron un estudio de cohorte, con el fin de evaluar la cesárea como factor de riesgo a retención de placenta en su segundo parto. Trabajaron con un total de 258.608 mujeres, de ellas, el 2.07% presentaron placenta retenida. Hallaron además que las mujeres que son cesareadas tenían 1.45 veces más de riesgo en sufrir de placenta retenida (OR = 1.45), asimismo, indicaron que el sangrado abundante es debido a la placenta retenida (OR = 1.61).

Galvez M (Huancavelica – 2019).⁹ Ejecutó una pesquisa analítica, observacional y retrospectiva explicativa con el propósito de establecer los factores gineco obstétricos asociados a la retención de restos placentarios en 240 puérperas. Halló que ser añosa (OR:1.75), primípara (OR:2.59), con duración de parto mayor de 10 minutos (OR:5.60), modalidad de alumbramiento de Duncan (OR:1.89), con aborto previo (OR:3.58) y antecedente de legrado uterino (OR:4.39) tienen un riesgo significativo en presentar una retención de restos placentarios.

Bedriñana K (Ayacucho – 2017).¹⁰ Realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal para establecer los factores asociados a la retención de restos placentarios en 17 mil 053 historias clínicas de parturientas de las cuales 1328 casos presentaron retención de restos placentarios (7.8%). Dentro de los factores de riesgo estuvieron la RPM y el parto pretérmino, además de ser adolescente, gran multípara, parto espontáneo y tener mayor número de abortos.

Base teórica

La placentación normal comienza con la implantación del blastocito en el endometrio materno. En preparación para esta implantación, el endometrio desarrolla la decidua bajo la influencia de la progesterona y el estrógeno al comienzo del embarazo. A medida que el blastocito invade esta decidua, la capa de células que forman la superficie del blastocito se convierte en la membrana coriónica.

Las células citotrofoblasto proliferan a partir de la membrana coriónica y forman agregados multinucleados llamados células sin citotrofoblasto. Estas células forman las vellosidades placentarias, lo que permite el intercambio fetal-materno. Con el parto del bebé, tanto una cascada hormonal como las contracciones uterinas permiten la separación de estas capas y la expulsión de la placenta.¹¹

La placenta retenida generalmente se atribuye a una de tres fisiopatologías. Primero, un útero atónico con mala contracción puede prevenir la separación normal y la expulsión contráctil de la placenta.^{12,13,14} En segundo lugar, una placenta anormalmente adherente o invasiva, como se ve con el espectro de placenta, puede ser incapaz de una separación normal. Finalmente, una placenta separada puede quedar atrapada o encarcelada debido al cierre del cuello uterino antes de la salida de la placenta.^{12,13,14,15}

Los trastornos de hipoperfusión placentaria, como la preeclampsia, y la infección también se han propuesto como mecanismos para la retención de placenta, aunque se sabe poco sobre el mecanismo específico.^{6,14}

Diagnóstico

La placenta retenida se diagnostica clínicamente cuando la placenta no se separa espontáneamente durante la tercera etapa del trabajo de parto, con o sin tratamiento activo, o en el contexto de una hemorragia grave en ausencia de parto placentario.^{10,11} El primer criterio diagnóstico requiere un límite de

tiempo, aunque existe no hay consenso uniforme en cuanto al momento para el diagnóstico de placenta retenida en la tercera etapa en ausencia de hemorragia posparto. La selección de una definición de tiempo clínico puede basarse en una curva poblacional de tiempos de parto placentario espontáneo observados o en un momento en el que la morbilidad aumenta significativamente. Se han utilizado treinta minutos como una pauta flexible, que proviene de un estudio de 1991 de Combs et al.¹²

Retención de restos placentarios: Tejidos placentarios que han quedado en la cavidad uterina, imposibilitando que el útero se contraiga efectivamente:

1. Condiciones patológicas en la placenta: Presencia de cotiledones anormales, friabilidad de las membranas, grado de adherencia acentuada, la implantación de la placenta en el segmento inferior.
2. Anormalidades en la tercera etapa del parto, dominando en primer término la realización de maniobras intempestivas como el tironeamiento del cordón, alumbramiento manual en forma incompleta, etc.^{16,17}

Clasificación de restos placentarios:

a) Retención de cotiledones: Fragmento retenido de tiempo mayor expulsado de forma espontánea completa o parcial en los días siguientes del puerperio con los loquios, la reducción en dimensión del útero durante una involución causa separación del fragmento retenido, las sinusoides subyacentes y las venas se abren causando sangrado frecuente y, a veces, muy severo en el período posparto.^{16,17}

b) Retención de membranas ovulares: Es la retención de la totalidad o parte de las membranas, tanto en extensión como en grosor (amnios o corion separado). La retención de membranas ovulares también es común en casos de parto natural, esto ocurre debido a una manipulación apresurada durante el parto y debido a la friabilidad de la membrana amniótica o al aumento de la adhesión.

^{16,17}

Factores de riesgo

Estudios han intentado definir factores de riesgo para placenta retenida, como el antecedente de placenta retenida previamente, parto prematuro, cirugía uterina previa, interrupción del embarazo anterior, aborto espontáneo o legrado, gran multiparidad (mayor que cinco partos previos) y anomalías uterinas congénitas (a menudo no se reconoce antes del parto).^{6,12,13} Algunos estudios han sugerido que la oxitocina prolongada podría ser una innovación viable para la placenta retenida, además el uso durante más de 195 minutos aumentó la razón de probabilidades de la placenta retenida en 2.0 y durante 415 minutos aumentó la razón de posibilidades en 6.5.^{18,19,20}

II. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de investigación.

Epidemiológica, Observacional, Analítica.²¹

3.2. Diseño de investigación.

De Casos y Controles.²¹

3.3. Variables y Operacionalización.

Variable Independiente: Factores asociados

Variable Dependiente: Retención de restos placentarios en púérperas

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	Sub Indicador	Instrumento
V.I Factores asociados	Son condiciones maternas que predisponen a un determinado comportamiento o cambio en el embarazo parto o puerperio	Revisión de los factores en las H.C de las pacientes obstétricas y registro en la ficha de recolección de datos	Epidemiológica	Edad	≤ 17 18 – 23 24 – 29 30 – 35 > 35	Ficha de recolección de Datos
				Edad gestacional	< 37 37 – 41 ≥ 42	
				Gran Multiparidad	Si No	
				Antecedentes de aborto	Si No	
				Parto Pretérmino	Si No	
				Pre Eclampsia	Si No	
				Modalidad de Alumbramiento Duncan	Si No	
V.D Retención de Restos Placentarios	Retención de fragmentos de membranas y de cotiledones	Revisión de Dx de retención de restos placentarios en las HC de las pacientes obstétricas	Clínica	Diagnóstico de retención de Restos Placentarios	Diagnóstico de Retención de restos Placentarios	

3.4. Población, muestra y muestreo.

Estuvo conformada por 301 puérperas con retención de restos placentarios de un total de 7,321 parturientas atendidas en el Hospital y período antes referido que cumplieron con los criterios de selección.

Criterios de inclusión

- Puérperas que presentaron retención placentaria.
- Partos intrahospitalarios.
- Partos por vía vaginal.

Criterios de Exclusión

- Trauma obstétrico.
- Historias Clínicas con datos incompletos.

Muestra:

Se trabajó con la población total, por ende no habrá tamaño muestral.

Muestreo:

No probabilístico por conveniencia.

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Como técnica se utilizó el análisis documental y el fichaje, mientras que, como instrumento se usó una ficha de recolección de datos.

3.6. Procedimiento de recolección de datos e informaciones.

Para la ejecución de esta investigación desarrollo del referido estudio se coordinó con la Dirección del Hospital antes mencionado, para proceder con recolección de datos procedentes de las Historias Clínicas. Los datos se consignaron en las fichas de Recolección de Datos. Luego fueron procesadas y presentadas en tablas estadísticas.

3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.

Se utilizó el programa SPSS versión 25 para el análisis estadístico, además los datos se representaron en tablas unidimensionales y bidimensionales. Para encontrar los factores asociados se determinó mediante la prueba de chi cuadrado, mientras que para el riesgo fue Odds Ratio (OR) o razón de momios con sus respectivos intervalos de confianza al 95%.

Estadígrafo

Casos y controles

Variable independiente (Causa) Factores asociados		Variable dependiente (Efecto) Retención de Restos Placentarios	
		SI	NO
Factor	Expuesto	a	b
	No Expuesto	c	d

$$OR = a \times d / c \times b$$

Valor de OR = 1, no es factor protector ni de riesgo

< 1 es factor protector

>1 es factor de riesgo

Caso: Puérpera con retención de restos placentarios.

Control: Puérpera sin retención de restos placentarios.

IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

TABLA 1: PREVALENCIA DE RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BELÉN DE LAMBAYEQUE, QUINQUENIO 2014 – 2018.

	Nº	%
Total de partos vaginales	7321	100.00
Total de retención de restos placentarios	301	04.11

Fuente: Historias Clínicas

Interpretación: En la siguiente tabla se puede apreciar que, del total de partos vaginales acontecidos en el Quinquenio 2014 - 2018 (7321) el 04.11% presentaron retención de restos placentarios.

En EE.UU, en el año 2015, una investigación presentada por Coviello E y colab⁵, halló que, la placenta retenida complicó 1047 partos vaginales (1.12%). Por su parte Endler M y colab⁶ en Suecia encontraron que, la tasa global de placenta retenida fue del 2.17%, porcentaje similar al encontrado por Belachew J y colab⁸ en un 2.07%. En Israel, la prevalencia fue mucho menor según Ashwal E y colab⁷ en un 1.4%.

TABLA 2: CARACTERÍSTICAS MATERNAS. HOSPITAL BELÉN DE LAMBAYEQUE, QUINQUENIO 2014 – 2018.

TOTAL	301	100.00
EDAD (Años)	Nº	%
18 – 23	78	25.91
24 – 29	113	37.54
30 – 35	82	27.24
> 35	28	09.30
EDAD GESTACIONAL (SEMANAS)	Nº	%
< 37	188	62.46
37 – 41	61	20.27
≥ 42	52	17.28
PARIDAD	Nº	%
Nulípara	40	13.29
Primípara	51	16.94
Múltipara	88	29.24
Gran multiparidad	122	40.53

Fuente: Historias Clínicas

Interpretación: En la sucesiva tabla se puede observar que, las mujeres con retención de restos placentarios se caracterizaron por tener entre 24 y 29 años (37.54%), con menor de 37 semanas de gestación (62.46%) y eran gran múltiparas (40.53%).

En Israel, Ashwal E y colab⁷ en el año 2015, encontraron que las puérperas con placenta retenida se caracterizaron por tener una tasa mayor de cesáreas previas, abortos previos, menor paridad, menor edad gestacional al momento del parto, trastornos hipertensivos.

TABLA 3: FACTORES ASOCIADOS A LA RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BELÉN DE LAMBAYEQUE, QUINQUENIO 2014 – 2018.

ABORTO ESPONTÁNEO	RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS				Chi ² / OR
	SI		NO		
TOTAL	N°	%	N°	%	X ² exp = 64.64 gl =1 X ² Tab = 03.84 p < 0.05 OR = 08.47 IC95%: [04.69-15.30]
	301	100.00	301	100.00	
SI	88	29.24	14	04.65	
NO	213	70.76	287	95.35	
GRAN MULTIPARIDAD	RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS				Chi ² / OR
	SI		NO		
TOTAL	N°	%	N°	%	X ² exp = 50.60 gl =1 X ² Tab = 03.84 p < 0.05 OR = 03.98 IC95%: [02.68-05.90]
	301	100.00	301	100.00	
SI	122	40.53	44	14.62	
NO	179	59.47	257	85.38	
PARTO PRETÉRMINO	RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS				Chi ² / OR
	SI		NO		
TOTAL	N°	%	N°	%	X ² exp = 205.50 gl =1 X ² Tab = 03.84 p < 0.05 OR = 21.71 IC95%: [13.26-35.55]
	301	100.00	301	100.00	
SI	190	63.12	22	07.31	
NO	111	36.88	279	92.69	
PRE ECLAMPSIA	RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS				Chi ² / OR
	SI		NO		
TOTAL	N°	%	N°	%	X ² exp = 66.85 gl =1 X ² Tab = 03.84 p < 0.05 OR = 04.56 IC95%: [03.13-06.64]
	301	100.00	301	100.00	
SI	145	48.17	51	16.94	
NO	156	51.83	250	83.06	
MODALIDAD DE ALUMBRAMIENTO DE DUNCAN	RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS				Chi ² / OR
	SI		NO		
TOTAL	N°	%	N°	%	X ² exp = 106.12 gl =1 X ² Tab = 03.84 p > 0.05 OR = 14.09 IC95%: [07.71-25.72]
	301	100.00	301	100.00	
SI	117	38.87	13	04.32	
NO	184	61.13	288	95.68	

Fuente: Historias Clínicas

Interpretación: En la sucesiva tabla se puede observar que, los factores asociados a la retención de restos placentarios son el aborto espontáneo (OR=08.47), gran multiparidad (OR=03.98), parto pretérmino (OR=21.71), preeclampsia (OR=04.56) y la modalidad de alumbramiento de Duncan (OR=14.09). ($p<0.05$)

En EE.UU en el año 2015 en una investigación presentada por Coviello E y colab⁵, encontraron que los predictores significativos de la retención de placenta incluyeron muerte fetal, edad materna ≥ 30 años, parto a los 24 0/7 a 27 6/7 en comparación con 34 semanas o más y el parto en un hospital universitario. En las mujeres nulíparas, se identificaron factores de riesgo adicionales: Mayor duración del trabajo de parto en la primera o segunda etapa, mientras que se encontró que la raza negra no hispana en comparación con la raza blanca no hispana era protectora. Por su Endler M y colab⁶ en Suecia halló que, el riesgo de placenta retenida fue mayor en mujeres con preeclampsia (OR = 1.37), muerte fetal (OR = 1.71) y parto prematuro (32 a 34 semanas un OR = 2.35 y de 35 a 36 un OR = 1.55), mientras que Belachew J y colab⁸ hallaron que las mujeres que son cesareadas tenían 1.45 veces más de riesgo en sufrir de placenta retenida (OR = 1.45), asimismo, indicaron que el sangrado abundante es debido a la placenta retenida (OR = 1.61). A nivel nacional, Galvez M⁹ en Huancavelica reportó que, ser añosa (OR:1.75), primípara (OR:2.59), con duración de parto mayor de 10 minutos (OR:5.60), modalidad de alumbramiento de Duncan (OR:1.89), con aborto previo (OR:3.58) y antecedente de legrado uterino (OR:4.39) tienen un riesgo significativo en presentar una retención de restos placentarios. Mientras Bedriñana K¹⁰ en Ayacucho indicaron que los factores de riesgo son la RPM y el parto pretérmino, además de ser adolescente, gran múltipara, parto espontáneo y tener mayor número de abortos.

V. CONCLUSIONES

1. La prevalencia de retención de restos placentarios en puérperas fue 4.11%.
2. Las mujeres con retención de restos placentarios se caracterizaron por tener entre 24 y 29 años (37.54%), con menor de 37 semanas de gestación (62.46%) y eran gran multíparas (40.53%).
3. Los factores asociados a la retención de restos placentarios fueron: Aborto espontáneo (OR=08.47), gran multiparidad (OR=03.98), parto pretérmino (OR=21.71), preeclampsia (OR=04.56) y la modalidad de alumbramiento de Duncan (OR=14.09). ($p<0.05$)

VI. RECOMENDACIONES

A LAS OBSTETRAS

- Revisión minuciosa de la placenta más aún cuando se presente la modalidad Duncan evitando de esta manera la retención de restos placentarios en la paciente.
- Promover la Planificación familiar en las puérperas ya que con ello se evitaría otro factor de riesgo que desencadena a la retención de restos placentarios como es la gran multiparidad.

A LA UNIVERSIDAD

- Realización de estudios prospectivos relacionados a la retención de restos placentarios con la finalidad de identificar otros factores que no fueron contemplados en esta investigación.

REFERENCIAS

1. Shan P. y Colab. Placenta retenida: ¿Tenemos alguna opción? World J Obstet Gynecol. 3(3):124-129.
2. Schwarcz R. y Col. Obstetricia. Periodo placentario normal. 7ª ed. Editorial. El Ateneo. Buenos Aires. Argentina. 2014; pp 784.
3. González Merlo J, Laílla Vences J, Fabre González E. y Col. Obstetricia 7ª ed. Edit. Masson - Elsevier. España. 2018; pp 752.
4. Libro de registro de partos del Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Belén de Lambayeque. Años 2012 – 2013.
5. Coviello EM, Grantz KL, Huang CC, Kelly TE, Landy HJ. Factores de riesgo de placenta retenida. Soy J Obstet Gynecol. 2015; 213 (6): 864.e1-864.e11. doi: 10.1016/j.ajog.2015.07.039
6. Endler M, Saltvedt S, Cnattingius S, Stephansson O, Wikström AK. La placenta retenida se asocia con preeclampsia, mortinato, parto de un bebé pequeño para la edad gestacional y parto prematuro espontáneo: Un estudio basado en un registro nacional. BJOG. 2015; 121 (12): 1462-70.
7. Ashwal E, Melamed N, Hirsch L, Wiznitzer A, Yogev Y, Peled Y. La incidencia y los factores de riesgo de la placenta retenida después del parto vaginal: Una experiencia de un solo centro. J Matern Fetal Neonatal Med [En línea]. 2015. [citado el 14 de febrero del 2021]; 27 (18): 1897-900. doi: 10.3109 / 14767058.2014.883374.
8. Belachew, J., Cnattingius, S., Mulic-Lutvica, A., Eurenus, K., Axelsson, O. y Wikström, A. K. Riesgo de placenta retenida en mujeres que han tenido un parto previo por cesárea: un estudio de cohorte basado en la población. BJOG: Una revista internacional de obstetricia y ginecología [En línea]. 2015. [citado el 16 de febrero del 2021] 121 (2), 224–229; doi: 10.1111/1471-0528.12444.
9. Galvez Rojas M. Factores Gineco Obstétricos asociados a la retención de restos placentarios en púerperas del Hospital de Pampas – Tayhcaja, 2016. [Tesis de Especialidad]. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica; 2019.
10. Bedriñana K. Factores asociados a la Retención de Restos Placentarios en Parturientas del Hospital Regional de Ayacucho, año 2010 - 2015. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. Ayacucho. Perú. 2017.

11. Kraus FT, Redline RW, Gersell DJ, Nelson DM, Dicke JM. Patología placentaria. Registro Americano de Patología en colaboración con el Instituto de Patología de La placenta retenida se asocia con preeclampsia, mortinato, parto de un bebé pequeño para la edad gestacional y parto prematuro espontáneo: Un estudio basado en un registro las Fuerzas Armadas Atlas no tumoral Pathol. 2014; 1: 10–16
12. Combs CA, Murphy EL, Laros RK Jr Obstet Gynecol. Factores asociados con la hemorragia posparto con parto vaginal. 1991 Jan; 77 (1): 69-76.
13. Urner F, Zimmermann R, Krafft A. Extracción manual de la placenta después del parto vaginal: Un problema sin resolver en obstetricia. J Embarazo. 2014; 274651. doi: 10.1155 / 2014/239406
14. Greenbaum S, Wainstock T, Dukler D, Leron E, Erez O Eur J. Mecanismos subyacentes de la placenta retenida: Evidencia de un estudio de cohorte poblacional. Obstet Gynecol Reprod Biol. 2017 Sep; 216: 12-17.
15. Kramer MS, Berg C, Abenhaim H, et al. Incidencia, factores de riesgo y tendencias temporales en la hemorragia posparto grave. Soy J ObstetGynecol.2013; 209 (5): 449.e1-7. doi: 10.1016 / j. ajog.2013.07.007
16. Endler M, Grünewald C, Saltvedt S. Epidemiología de la placenta retenida: Oxitocina como factor de riesgo independiente. Obstet Gynecol.2012; 119 (4): 801–809. doi: 10.1097 / AOG.0b013e31824acb3b
17. Pacheco J. Ginecología y Obstetricia, 2da.Edición, Edit. Mad corp. Perú. Lima, Perú. 2007.
18. Cunningham y col. Williams Obstetricia. 23a ed. Mc-Graw Hill. 2011.
19. Rogers J, Wood J, McCandlish R, Ayers S, Truesdale A, Elbourne D. Manejo activo versus expectante de la tercera etapa del trabajo de parto: Ensayo controlado aleatorizado de Hinchingsbrooke. doi: 10.1016 / S0140-6736 (97) 09409-9
20. Nikolajsen S, Løkkegaard ECL, Bergholt T. Reincidencia de retenidos placenta en el parto vaginal: Un estudio observacional. Acta Obstet GynecolScand.2013; 92 (4): 421-425. doi: 10.1111 / j.1600-0412.2012. 01520. x.
21. Hernández R, Fernández C, Baptista M. “Metodología de la investigación.”. 6ª Ed. Mc - Graw-Hill Interamericana Editores, S.A. DE C.V. México. 2014.



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Factores de riesgo de Retención de Restos Placentarios en púerperas atendidas en el Hospital Belén de

Lambayeque, Quinquenio 2014 – 2018

☐ CASO ☐ CONTROL

RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS

- ☐ Retención de restos placentarios
- ☐ Sin retención de restos placentarios

IDENTIFICACIÓN DE FACTORES ASOCIADOS

- Edad materna: ☐ ≤ 17 ☐ 18 – 23 ☐ 24 – 29 ☐ 30 – 35 ☐ > 35
- Edad gestacional: ☐ < 37 ☐ 37 – 41 ☐ ≥ 42 ☐
- Paridad: Nulípara ☐ Primípara ☐ Multípara ☐ Gran Multípara ☐
- Antecedentes de aborto: Si ☐ No ☐
- Parto pretérmino: Si ☐ No ☐
- Pre Eclampsia: Si ☐ No ☐
- Tipo de alumbramiento: Si ☐ No ☐