

**“AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL”**

**UNIVERSIDAD PERUANA DEL CENTRO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

UNIVERSIDAD PERUANA  
DEL CENTRO



**TESIS**

**CARACTERÍSTICAS DE PUÉRPERAS CON RETENCIÓN DE  
RESTOS PLACENTARIOS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE  
SALUD DE CHILCA 2019**

**Para obtener el título profesional de**

**OBSTETRA**

**Presentado por la bachiller:**

**KARINA VILLAZANA ALVAREZ**

**Asesores:**

**MG. GINA LEON UNTIVEROS**

**MG IRIS ROSALES PARIONA**

**HUANCAYO – PERÚ**

**2022**

**ASESORAS DE TESIS:**

---

MG. GINA LEON UNTIVEROS

---

MG IRIS ROSALES PARIONA

## JURADOS

---

PRESIDENTE

---

SECRETARIO

---

VOCAL

## **DEDICATORIA**

Dedico con todo mi corazón mi tesis a A.F.O Y K.F.V pues sin ellos no lo había logrado. Tu bendición a diario a lo largo de mi vida me proteja y me lleva por el camino del bien. Por eso te dedico mi trabajo por tu paciencia y amor T.V.CH, te amo

A MIS PADRES TIMOTEO Y JULIA, quienes a lo largo de toda mi vida me han apoyado y motivado mi formación académica su tenacidad y lucha interminable han hecho de ellos un gran ejemplo a seguir por mí y por mis hermanos y sin ellos jamás hubiera podido conseguir lo que hasta ahora, gracias por todo su amor.

## **AGRADECIMIENTO**

A LA UNIVERSIDAD PERUANA DE CENTRO, por brindarnos las herramientas necesarias para el desarrollo académico y profesional, a los docentes por brindarme sus conocimientos y experiencias.

Al M.C CESAR RAMOS HINOJOSA, Director del C.S de chilca por su visión crítica como profesional y por habernos aceptado a realizar las practicas pre- profesionales en el centro de salud de chilca.

## INDICE

Dedicatoria.....	4
Agradecimiento .....	5
Resumen.....	9
Summary.....	10
<b>CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>11</b>
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	11
1.2. Formulación del problema .....	13
1.3. Justificación de la investigación .....	13
1.4. Limitaciones .....	14
1.5. Objetivos de la investigación.....	14
1.5.1. Objetivo general.....	15
1.5.2. Objetivos específicos .....	15
<b>CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>17</b>
2.1. Antecedentes de la investigación.....	17
2.2. Bases teóricas.....	24
2.3. Definiciones de terminos. ....	37
2.4. Hipótesis .....	38
2.5. Variables .....	38
2.5.1. Operacionalización de variables .....	39
<b>CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLOGICO.....</b>	<b>40</b>
3.1. Tipo y nivel de investigación.....	40
3.2. Población y muestra.....	40
3.3. Técnicas de recolección de datos/descripción de instrumentos.....	42
3.4. Procesamiento de datos y análisis estadístico .....	43
3.5. Aspectos éticos .....	43
<b>CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSION .....</b>	<b>45</b>
4.1. Resultados .....	45
4.2. Discusion .....	50
<b>CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>54</b>

5.1. Conclusiones.....	54
5.2. Recomendaciones .....	56
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>57</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>61</b>

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1:</b> Edad de puérperas con retención de restos placentarios atendidas en el Centro de Salud de Chilca 2019.....	45
<b>Tabla 2:</b> Características ante parto de puérperas con retención de restos placentarios atendidas en el Centro de Salud de Chilca 2019.....	46
<b>Tabla 3:</b> Características durante el parto de puérperas con retención de restos placentarios atendidas en el Centro de Salud de Chilca 2019.....	47
<b>Tabla 4:</b> Características post parto de puérperas con retención de restos placentarios atendidas en el Centro de Salud de Chilca 2019 .....	48
<b>Tabla 5:</b> Características predominantes de la retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Chilca 2019 .....	49

## RESUMEN

La presente investigación presento como objetivo evaluar las características predominantes de la retención de restos placentarios en puérperas del Centro de Salud de Chilca 2019. Investigación de tipo descriptivo, nivel básico, retrospectivo de corte transversal, población constituida por 1250 puérperas, la muestra de 150 puérperas con retención de restos placentarios obtenido mediante el análisis descriptivo, seleccionadas bajo criterios de inclusión y exclusión, la técnica la observación y el instrumento la ficha de recolección de datos, el análisis estadístico univariado obtenido del programa SPSS V.23

Los resultados para las características ante parto fueron la multiparidad con 44%, periodo intergenesico normal con 41.33% y antecedentes de aborto con 62.67%; la característica durante el parto fue la duración del parto normal con 45.33%; las características post parto fueron la modalidad de alumbramiento Duncan con 64%, el tiempo de alumbramiento < 15 minutos con 72% y el tipo de alumbramiento dirigido con 64%. Finalmente se concluyó que las características predominantes que las puérperas con retención de restos placentarios del centro de Salud de Chilca 2019 fueron la multiparidad, RPM, antecedentes de abortos, parto normal, modalidad de presentación de la placenta Duncan, alumbramiento <15 minutos y alumbramiento dirigido, presentándose mayor predominancia en el ante parto y post parto.

**Palabras claves:** características ante parto, durante el parto, post parto, retención de restos placentarios, puérperas.

## SUMMARY

The objective of this research is to evaluate the predominant characteristics of the retention of placental remains in puerperal women at the Chilca Health Center 2019. Descriptive research, basic level, retrospective cross-section, the population consisting of 1,250 puerperal women, the sample of 150 postpartum women with retention of placental remains obtained through descriptive analysis, selected using inclusion and exclusion criteria, the technique was observation and the instrument the data collection form, the statistical analysis was the univariate obtained from the SPSS V.23 program

The results obtained for the characteristics before delivery were multiparity with 44%, normal intergenetic period with 41.33%, and a history of abortion with 62.67%; the characteristic during labor was the duration of normal labor with 45.33%; postpartum characteristics were the Duncan delivery modality with 64%, the delivery time <15 minutes with 72% and the type of delivery delivered with 64%. Finally, it was concluded that the predominant characteristics that postpartum women with retention of placental remains at the Chilca Health Center 2019 were multiparity, RPM, history of abortions, normal delivery, modality of presentation of the Duncan placenta, delivery <15 minutes and directed delivery, presenting greater predominance in the antepartum and postpartum.

**Key words: characteristics before childbirth, during childbirth, postpartum, retention of placental remains, puerperal women**

# CAPÍTULO I

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. Descripción de la realidad problemática

La Organización Mundial de la Salud estima que cada día 830 mujeres mueren en todo el mundo por complicaciones en el embarazo, parto y puerperio, el mayor porcentaje de estas muertes maternas son evitables, siendo considerado las hemorragias como la primera causa de muerte materna, responsable del 75% de los casos. (1)

En América latina 1 de cada 5 muertes maternas son producidas por hemorragias obstétricas, según la Organización Panamericana de la Salud la retención de restos placentarios está considerada como una de las causas principales. (2)

La Sociedad Española de Gineco Obstetricia consignan a las causas de hemorragia posparto bajo la regla de las 4 “t”, “Tono” (atonía uterina 70%), trauma” (lesión del canal vaginal 20%), “Tejido” (retención de tejidos 9%) y “Trombina” (alteración de la coagulación 1%). (3)

La hemorragia en las primeras 24 horas del periodo posparto generalmente en las dos primeras horas la causa más frecuente es la atonía uterina, retención de restos placentarios y desgarros vaginales. La hemorragia que ocurre después de las 24 horas hasta los 42 días posparto, se da por retención de restos placentarios, infecciones y desgarros. (4) La retención de restos

placentarios es producida por que las membranas se adhieren al útero produciendo interferencia mecánica con la función contráctil del miometrio, ocasionando un cuadro similar a la atonía uterina. (5), lo que impide la retracción de la musculatura del útero con pérdida sanguínea anormal, considerándose que en el parto vaginal la pérdida sanguínea es menor de 500cc. (6)

La práctica de maniobras incorrectas en la atención del alumbramiento puede favorecer la retención de fragmentos de placenta, aunque ésta se deba en ocasiones a una fijación anormal en el útero. Los factores de riesgo más importantes son los antecedentes de cesárea, legrados uterinos, la multiparidad, malformaciones uterinas, con frecuencia en pacientes con antecedentes hipertensivos del embarazo, RCIU y prematuridad, ocasionando sangrado vaginal e infección puerperal, que va en desmedro no sólo de la salud de la mujer, sino del tiempo de permanencia intrahospitalaria. (7)

La retención de restos placentarios en los países subdesarrollados se da en un 5 a 10 % ocasionando hemorragias severas produciendo un tercio de los fallecimientos maternos (3), Según el reporte del Centro Nacional de Epidemiología, 2017, Perú tuvo 375 casos de MM a nivel nacional. El mayor porcentaje está asociado a Trastornos Hipertensivos con (57.7%), Sepsis de (15.8%), hemorragias post parto (11.2%), complicaciones por aborto (3.6%) y hemorragias de la segunda mitad del embarazo (4.6%). y otras causas intercurrentes no asociadas al embarazo (7.1%). (8)

Según la Dirección Regional de Salud de Junín (DIRESA) el 2018 registró 54 muertes maternas, 50 de causa directa, la mitad de estas producida por hemorragias en el embarazo, parto y post parto. Se tuvo una muerte materna por hemorragia del tercer periodo de parto (alumbramiento), a causa de la retención de restos placentarios. (9)

Según el reporte de la oficina de Estadística e Informática del Centro de Salud de Chilca 2018 se registró un total de 900 puérperas de partos vaginales de los cuales el 11,1% (82) presentaron retención de restos placentarios, por lo que me motiva a realizar esta investigación y plantear medidas preventivas durante la atención del parto y durante el periodo de alumbramiento con un manejo adecuado. (10)

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:**

¿Cuáles son las características predominantes de la retención de restos placentarios en puérperas del Centro de Salud de Chilca 2019?

## **1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

La presente investigación se sostiene en la línea de investigación de Ciencias Médicas y de la Salud, en la sub línea de Ciencias del Cuidado de la Salud y de Servicios (Administración de Hospitales y servicios). La guía práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive tiene como objetivo la reducción de la mortalidad materna y neonatal, por lo con el presente proyecto se intenta fortalecer los

conocimientos sobre las características relacionadas a los restos placentarios y sus complicaciones que esta patología ocasiona a las puérperas que la padecen, cuyos resultados contribuirán al conocimiento científico, y ser el punto de partida de otros trabajos de investigación para mejorar, estandarizar y diseñar programas de puérperas sin restos placentarios y profesionales obstetras capacitados en la atención .

La retención de restos placentarios es una complicación durante el proceso del parto y post parto inmediato, pero prevenible y evitable; si el personal de salud realiza una adecuada atención y correcto manejo del tercer periodo de parto (alumbramiento), según los niveles y capacidad resolutive contribuirá a mejorar la calidad de atención, disminuirá los días de hospitalización, las intervenciones quirúrgicas innecesarias y los gastos en la población de puérperas de la región Junín y por ende contribuir con el logro del quinto objetivo del desarrollo sostenible para el 2030, que tiene como propósito disminuir la mortalidad materna, cuya finalidad se puede conseguir mediante la capacitación oportuna, continua de los profesionales de la salud inmersos en la atención de las puérperas.

La presente investigación permitirá identificar y evaluar las características de las puérperas con retención de placenta, lo que permitirá a partir de estos resultados realizar investigaciones de otro nivel de investigación que aporten a elaborar propuestas de mejora y estandarizar la atención en el proceso de parto.

#### **1.4. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION:**

Entre las limitaciones presentadas para la ejecución de la investigación, se encuentra el hecho de que el personal estadístico y personal de Obstetricia presento poca disponibilidad y accesibilidad a brindar los registros de las parturientas, Historias Clínicas y libros de atención de parto para la obtención de la muestra.

#### **1.5. OBJETIVO DE LA INVESTIGACION:**

##### **1.5.1. Objetivo general:**

Evaluar las características predominantes de la retención de restos placentarios en puérperas del Centro de Salud de Chilca 2019.

##### **1.5.2. Objetivos específicos:**

- Identificar las características ante parto y la retención de restos placentarios en puérperas del Centro de Salud de Chilca 2019.
- Identificar las características durante el parto y la retención de restos placentarios en puérperas del Centro de Salud de Chilca 2019.

- Identificar las características post parto y la retención de restos placentarios en puérperas del Centro de Salud de Chilca 2019.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes de la investigación.

**Gonzales A, en el año 2020** con el Objetivo de establecer los factores asociados a HPP en pacientes atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso - 2019. Metodología: estudio analítico de casos y controles; con 120 casos de HPPP y 120 controles seleccionados mediante un muestreo probabilístico; se utilizó una ficha para recolectar datos, se presentaron en tablas simples y de contingencia, para cuantificar el riesgo de HPP primaria se aplicó el OR, IC 95%, Chi2 ( $p < 0,05$ ). Se emplearon todos los procedimientos bioéticos para la investigación en seres humanos. Resultados: en ambos grupos las adultas jóvenes fueron más frecuentes con 45% y 40,3% para casos y controles, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la cuantificación de pérdida hemática entre los grupos; la comorbilidad más prevalente fue la obesidad y sobrepeso con el 70,83%. Los factores asociados con relación estadística para HPPP fueron: atonía uterina (OR 61,6; IC 95% 26,8 - 141,6;  $p= 0,00$ ); conducción del trabajo de parto (OR 2,9; IC 95% 1,6 - 5,3;  $p=0,00$ ); y retención de restos placentarios (OR 9,7; IC 95% 2,4 – 38,6;  $p= 0,00$ ). Conclusiones: la HPPP se asoció con factores de riesgo como: atonía uterina, retención de restos placentarios, conducción de labor de parto, todos ellos prevenibles y con gran impacto. (11)

**Crespo D, Byron L, en el año 2019** el objetivo de este estudio fue determinar las causas de las hemorragias y las patologías asociadas en las pacientes atendidas en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor de Guayaquil, Ecuador en el periodo 2016-2018 en el puerperio inmediato. Las mujeres atendidas fueron 528, de las cuales 160 presentaron hemorragias en el puerperio inmediato. Por desgarro del suelo pélvico representaron un 48,75% y se asociaron en un 35% a hematomas en las paredes del suelo, las causadas por retención de restos placentarios, constituyeron un 26,25% y finalmente las ocasionadas por atonía uterina fueron de un 25%. Se concluyó que las hemorragias postparto por desgarro del suelo pélvico son la causa con mayor porcentaje en contraposición con otros estudios que indican que la atonía uterina es la causa más frecuente de hemorragias postparto inmediato.

(12)

**Gálvez M, en el año 2019** con el objetivo. Determinar los factores gineco obstétricos asociados a la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital de Pampas – Tayacaja. La investigación fue analítica, observacional, retrospectiva de nivel explicativo, de casos y controles. Los casos 80 puérperas con retención de restos placentarios; los controles 240 puérperas sin retención de restos placentarios. Se usó el Chi<sup>2</sup>, corrección de Yates, Odds Ratio (OR) y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%). Los resultados fueron para la edad y la modalidad de alumbramiento Duncan y el antecedente de cesárea presento un Chi<sup>2</sup> 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, antecedente de aborto y legrado uterino. El factor edad, el alumbramiento tipo Duncan y el antecedente de cesárea, no se asociaron con la retención de restos placentarios. (13)

**Olivera K, en el año 2019** El trabajo tuvo como objetivo: Determinar las características sociodemográficas y obstétricas de puérperas que presentaron retención placentaria en el centro de salud de El Tambo. La metodología: fue de tipo sustantiva, de nivel descriptivo, método y diseño descriptivo. Los resultados fueron: Las características sociodemográficas de las puérperas que presentaron retención placentaria fueron; el 49% son jóvenes con edad entre los 20 y 29 años; el 53% son convivientes; 66% de grado de instrucción secundaria; el 56% amas de casa y proceden de zona urbana el 64%, las características obstétricas fueron; el 36% nulíparas; la edad gestacional el 84% fue a término y tuvieron atención prenatal adecuada el 92% y el 82% no asistió a psicoprofilaxis Obstétrica. El tipo vaginal en un 100%. Conclusión: Las características sociodemográficas y obstétricas de puérperas que presentaron retención placentaria que predominaron fueron; parto vaginal, atención prenatal adecuada, no asistió a psicoprofilaxis Obstétrica, fueron de edad gestacional a término, proceden de zona urbana, amas de casa, grado

de instrucción secundaria, son convivientes y pertenecen a un grupo etario joven. (14)

**Negreiros R, en el año 2018** el presente estudio tuvo como objetivo determinar si la multiparidad, antecedentes de LU, parto prolongado y cesárea previa son factores de riesgo asociados a retención placentaria en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco, Metodología diseño de casos y controles, fue un muestreo aleatorio simple con 40 casos clínicos de pacientes que tuvieron RRP (casos) y 40 que no tuvieron retención placentaria (controles), el instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos a través del análisis documental (historias clínicas). Los principales resultados fueron: Las pacientes con multiparidad el 75% presentaron retención placentaria y el 68% no presentaron. Así también en las pacientes con antecedente de legrado uterino el 25% presentaron retención placentaria y el 68% no presentaron. Observamos que de las pacientes con parto prolongado el 38% presentaron retención placentaria y el 25% no presentaron Y de las pacientes cesárea previa el 2.5% presentaron retención placentaria y el 15% no presentaron. Concluyendo que la multiparidad y el parto prolongado son factores de riesgo asociado a retención placentaria (OR=1.444 - OR=1.80) respectivamente. (15)

**Sulca L, Vivar P, en el año 2019** en su estudio con el Con el objetivo de determinar si la edad materna mayor o igual a 35 años es un factor de riesgo para retención placentaria en gestantes atendidas en el Hospital Víctor Ramos

Guardia de la ciudad de Huaráz, durante el periodo 2014 – 2018, se realizó un estudio descriptivo, no experimental, retrospectivo, de corte transversal y con un diseño de casos y controles, los resultados las frecuencias de edad materna mayor o igual a 35 años en el grupo de gestantes con retención placentaria presentó ésta característica sociodemográfica en un 42.16%. y las gestantes sin retención placentaria una frecuencia de 34.31% presentó dicha característica sociodemográfica, Concluyendo así que la edad materna mayor a 35 años no es un factor de riesgo asociado a retención placentaria en gestantes en el Hospital Víctor Ramos Guardia. (16)

**Crispín R, en el año 2017** en su estudio con el objetivo de determinar las características obstétricas en puérperas que presentaron retención de restos placentarios del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica, 2017. La investigación fue de tipo observacional, retrospectiva, transversal, nivel descriptivo y diseño no experimental transaccional. La población conformada por 82 puérperas con retención de restos placentarios, tipo de muestra censal, con cuadros de doble entrada. Los resultados: el 53,7% multíparas, el 39% tuvieron un periodo intergenésico corto, el 73,2% no tuvieron RPM, el 87,8% no tuvieron enfermedad hipertensiva del embarazo, el 85,4% no tuvieron aborto como antecedente, el 97,6% no tuvieron como antecedente la cesárea, el 51,2% parto normal, el 54,9% un alumbramiento tipo Schultze y el 82.9% una duración del alumbramiento dirigido menor a 15 minutos. Conclusiones: 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. (3)

**Berriñana K, en el año 2017**, en su investigación que tuvo como objetivo evaluar los factores que se asocian a la retención de restos placentarios en parturientas atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho 2010 al 2015, haciendo uso del método descriptivo, retrospectivo de corte transversal y cuyos principales resultados fueron que, de un total de 17,053 parturientas, 1,328 presentaron retención de restos placentarios, representando el 7,8% del total. Los factores relacionados a la retención de restos placentarios fueron la menor edad, la gran multiparidad, la rotura prematura de membranas, parto pretérmino, el mayor número de abortos y el alumbramiento espontáneo. El tema investigado permitió conocer los factores que están relacionados a la retención de restos placentarios, de manera que constituye una contribución al conocimiento de esta temática y que permitirá tomar acciones de prevención, buscando alternativas de solución que conlleven a la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad materna. (7)

**Fernández J, en el año 2016** El objetivo principal del presente trabajo es determinar la Hemorragia Postparto Inmediato por retención de restos placentarios en el Hospital San José de Chincha – MINSA. El Diseño empleado se basó en el estudio analítico y retrospectivo de un único Caso Clínico específico de una paciente que presenta HPP. Entre los Materiales y Métodos se consideró una paciente puerpera inmediata con HPP que

presentó una pérdida sanguínea cuya estimación clínica fue mayor de 500 ml en parto vaginal, además de presentar un signo clínico de descompensación hemodinámica, dificultad respiratoria, mareos y sensación de debilidad, precisamente dentro de las 24 primeras horas del post parto. Entre los Resultados se observa que la frecuencia de HPP para esta paciente, entre los factores de riesgo encontrados fue la retención de restos placentarios en parto por vía vaginal. Así mismo se encontró gran cantidad de coágulos en vagina. Finalmente, dentro de las Conclusiones se indica que los Factores de riesgo identificados son la retención de restos placentarios en el caso de esta paciente; no observándose los desgarros de cérvix, vagina y periné, ni tampoco atonía uterina. Así mismo se puede observar que la paciente motivo del presente estudio, presentó el factor de riesgo de retención de restos placentarios. Paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta. (17)

**Cuestas H, Espinoza H, Valer N, en el año 2015** El objetivo es determinar si la cesárea previa, legrado uterino y la paridad son factores de riesgo relacionados a la retención de restos placentarios, estudio retrospectivo de casos y controles, que involucró 294 historias clínicas de púerperas del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizan 2012, durante el período de estudio, hubo 147 casos de retención placentaria de un total de 1498 atenciones puerperales, haciendo una incidencia de 9,81 %. Los factores de riesgo independientes asociados a la retención de restos placentarios fueron paridad mayor de dos (OR 1 ,96; [CI] 95% 1.20-3,21; p < 0,005), la edad gestacional >37 semanas (OR 3,00; [CI] 95% de 1,74 a 5,17;

p de 0,00), la procedencia del parto extra hospitalario (OR 2,89; [CI] 95% de 2,38 a 3,5; p de 0,00) y el grado de instrucción (p de 0,000). El antecedente de cesárea y legrado uterino no eran significantes, con un p de 0,74 y 0,17 respectivamente constituyendo factores relacionados a la retención de restos placentarios. la conclusión la paridad mayor de dos es un factor de riesgo para la retención de restos placentarios en un embarazo posterior, la edad gestacional, la procedencia del parto y el grado de instrucción. (18)

## **2.2. Bases Teóricas**

### **2.2.1 PARTO:**

Es el proceso por el cual se expulsa del útero el feto maduro o casi maduro, con un peso mayor de 500 gramos, mayor de 22 semanas, ya sea en forma espontánea y fisiológica o en forma anormal, patológica o distócica. (19)

### **2.2.2. PERÍODOS DEL PARTO**

Período de dilatación una vez iniciada las contracciones uterinas regular, el feto desciende por el canal del parto, la adaptación de las características de la cabeza a los diámetros de la pelvis y conseguir la dilatación del cuello uterino y vagina. Durante esta etapa se debe vigilar las contracciones uterinas y la frecuencia cardiaca fetal. Durante el parto se producen cambios muy importantes en el cuello uterino: el borramiento y la dilatación del mismo. La dilatación se mide en centímetros (CM), cuando se inicia la dilatación y llega hasta los 3 cm

se denomina fase latente; cuando se encuentra la dilatación a partir de los 4cm se denomina fase activa.

Periodo expulsivo Inicia en el momento en que la dilatación ha completado, es decir, permite el paso del feto al exterior. Durante el mismo el feto debe completar el descenso, rotación y amoldamiento de la cabeza al canal del parto. Las fuerzas que participan son las contracciones uterinas y la contracción de los músculos abdominales que intentan expulsar el contenido uterino. (20)

### **2.2.3. Periodo de Alumbramiento**

La tercera fase del parto (Alumbramiento) comienza con el completo nacimiento del neonato y termina con la expulsión total de la placenta y sus membranas. (21)

### **2.2.4. Desprendimiento de la placenta**

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

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

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

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

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

#### **2.2.5. Modalidades del desprendimiento**

**a) Baudeloque – Schultze:** la placenta inicia su desprendimiento en el centro de su zona de inserción; donde se produce el hematoma retroplacentario, la placenta se desprende por su cara fetal; toda la pérdida sanguínea se produce al final.

**b) Baudeloque – Duncan** Se inicia el desprendimiento en el borde de la placenta y extendiéndose hacia el centro de la misma, la placenta se desprende por su cara materna.

#### **2.2.7. Desprendimiento de las membranas**

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

#### **2.2.8. Descenso de la placenta**

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

#### **2.2.9. Expulsión de la placenta**

Lo absolutamente normal es que se repitan algunos pujos y éstos, con el agregado del peso de la placenta y el hematoma retroplacentario terminen la expulsión placentaria hasta el exterior, la placenta desprendida y 19 descendida a la vagina continúa allí alojada, por lo que es menester extraerla de la misma con ayuda manual.

#### **2.2.10. MANEJO ACTIVO DEL ALUMBRAMIENTO**

Se entiende por manejo activo del alumbramiento a la decisión clínica consistente a una serie de intervenciones orientados a acelerar la

expulsión de la placenta a través del aumento de las contracciones uterinas, con el objeto de prevenir la hemorragia posparto, estas intervenciones consisten en: - La administración de útero tónicos dentro del primer minuto después del nacimiento del bebe. - La tracción controlada de cordón umbilical - Masaje uterino. (22)

### **2.2.11. Tipos de alumbramiento**

#### **a) Alumbramiento dirigido y/o activo:**

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

#### **b) Alumbramiento espontáneo:**

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

#### **c) Alumbramiento manual:**

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

dirigido o activo la placenta queda retenida por más de 15 minutos.

(23)

## **2.2.12. COMPLICACIONES DEL PARTO**

### **Hemorragia postparto:**

Pérdida sanguínea mayor de 500 cc consecutiva a la expulsión de la placenta durante las primeras 24 horas después del parto vía vaginal o más de 1000 cc por cesárea. También se define por:

a) Sangrado postparto con cambios hemodinámicos que requiere transfusión de sangre.

b) Diferencia del hematocrito en más del 10%, en comparación al ingreso. (24)

**Hemorragia postparto tardío:** Pérdida sanguínea después de las 24 horas postparto, hasta la culminación del puerperio. (24)

### **Etiología**

#### **Hemorragia intraparto:**

- Retención de placenta.

#### **Hemorragia postparto**

- Atonía uterina.
- Retención de restos o alumbramiento incompleto.

- Lesión del canal del parto (laceraciones y/o hematomas).
- Inversión uterina.
- Coagulación intravascular diseminada.

**Hemorragia postparto tardío:**

- Retención de restos.
- Sub involución uterina.

**Retención de placenta**

Placenta adherida por más de 30 minutos en alumbramiento espontáneo y por más de 15 minutos si se realizó alumbramiento dirigido. (25)

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS**

<b>FACTORES</b>	<b>CARACTERISTICAS</b>
Antecedentes	Cicatriz uterina previa, Legrados uterinos múltiples
Características	Adherencia anormal de la Placenta Lóbulo placentario aberrante Antecedentes de aborto
Intervenciones	Mala conducción del trabajo de parto Mal manejo del alumbramiento

Fuente: Norma técnica de Emergencias y Urgencias obstétricas neonatales

**Factores Ante parto:** son factores o condiciones para retención de placenta o restos placentarios que se presentan antes del parto.

**Paridad:** Se refiere al número de embarazos de una mujer ha sido su parto, un producto mayor de 20 semanas, con un peso mayor de 500 gramos, vivo o muerto.

La paridad es un factor de riesgo importante, relacionado con la morbi – mortalidad materna y sobre todo la multiparidad y gran multiparidad donde se presenta con mayor frecuencia las complicaciones obstétricas como las hemorragias post parto por retención de restos placentarios, debido a que el útero ha perdido su normalidad fisiológica, la disminución de la elasticidad y contractibilidad de las fibras musculares, por lo que el útero se contrae con escasa energía produciendo resistencia a nivel de la cérvix, lo que puede ocasionar una retención placentaria. (24)

**Periodo Intergenesico:** Es el periodo comprendido entre el final del ultimo embarazo (parto o aborto) y el inicio del actual. (26)

**Ruptura prematura de Membranas:** la Ruptura prematura de membranas es la solución de discontinuidad de las membranas corioamnióticas antes de que se inicie el trabajo de parto. Esta complicación tiene una prevalencia del 10% de los embarazos y 20% de los casos ocurre en gestaciones pre términos. (27)

**Antecedentes de Cesárea anterior:** son intervenciones quirúrgicas a nivel abdominal mediante el cual se extrae el feto de la cavidad uterina

que puede causar complicaciones en el mecanismo de expulsión de la placenta. (27)

**Antecedentes de Abortos:** El aborto es considerado como interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación, con un feto o embrión menor de 500 gramos, al presentarse el aborto las membranas y cotiledones no están suficientemente maduros para la expulsión normal de la placenta ocasionando Legrados uterinos. (27)

**Factores durante el parto:** son factores o condiciones para retención de placenta o restos placentarios que se presentan durante el parto.

**Duración del trabajo de parto:**

**Factores post parto:** son factores o condiciones para retención de placenta o restos placentarios que se presentan después del parto.

### 2.2.13. MANEJO

- Evacuación vesical.
- Realizar tacto vaginal y determinar la localización de la placenta
- Si hay signos de desprendimiento, extraer la placenta realizando elevación del fondo uterino con una mano sobre el abdomen y tracción sostenida del cordón con la otra (maniobra de Brandt-Andrews).
- De no estar desprendida la placenta aplicar a través de la vena umbilical 50 cc de ClNa 9‰ con 20 unidades de oxitocina.

- Si no hay signos de desprendimiento y no sangra, sospechar de acretismo placentario y referir inmediatamente a establecimiento con FONE, instalando doble vía endovenosa.
- Si el personal profesional está capacitado y la paciente presenta retención placentaria con sangrado vaginal profuso y el sitio de referencia se encuentra a más de 2 horas, proceder a extracción manual de placenta.

#### **2.2.14. Extracción Manual de la Placenta.**

La extracción manual de placenta es un acto de emergencia que el profesional realiza para manejar la hemorragia intraparto causada por la retención de la placenta y evitar una muerte materna. La retención de placenta es la primera causa de muerte materna por hemorragia en el Perú.

**INDICACIONES:** Retención de la placenta por más de 30 minutos luego de producido el nacimiento. Retención de la placenta por más de 15 minutos luego de producido el nacimiento en el manejo activo del alumbramiento.

#### **2.2.15. CONTRAINDICACIONES:**

- a. Acretismo placentario.
- b. Falta de capacitación para realizar el procedimiento.

## **REQUISITOS:**

- Consentimiento informado. En caso de que la paciente por su estado de gravedad no pueda dar el consentimiento y no hay presente un familiar, se procederá conforme a la Ley.
- Historia clínica.
- Análisis de laboratorio: Hemograma, hematocrito, grupo sanguíneo y factor Rh.
- Vía permeable con catéter intravenoso N° 18.
- Profesional entrenado.

## **2.2.16. PROCEDIMIENTO:**

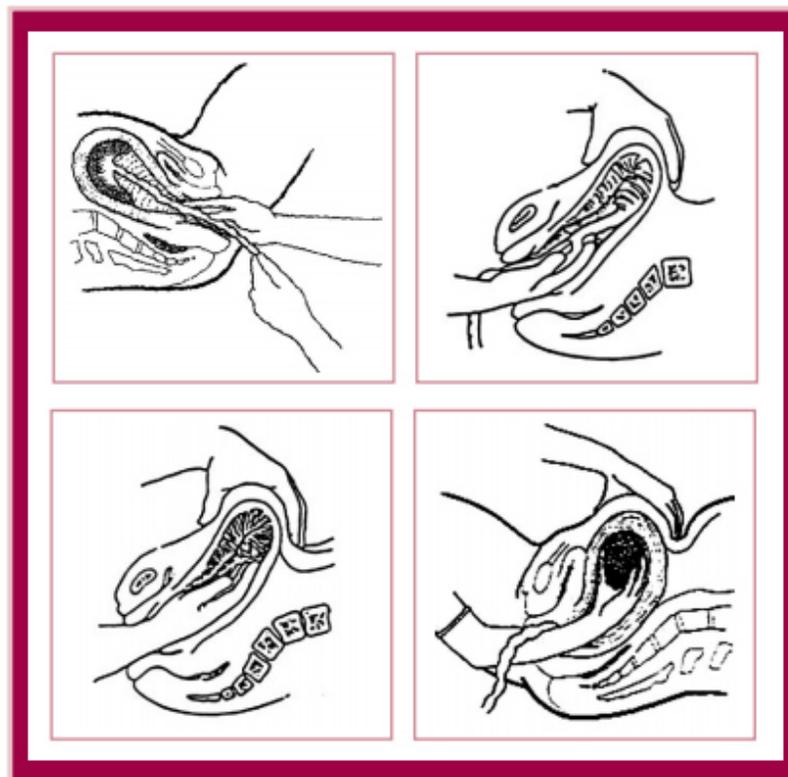
- Colocar dos vías EV con cloruro de sodio al 9‰, a una agregar oxitocina 10 UI.
- Administre antibiótico profiláctico (ampicilina 2 gr EV una dosis).
- Aplicar medidas de bioseguridad.
- Evacuación vesical, preferentemente por micción o por sonda vesical.
- Masajee suavemente el útero para estimular una contracción.
- Realizar tacto vaginal y determine la localización de la placenta.
- Intente sacar la placenta: sostener el útero, poner una mano encima de la sínfisis pubiana y presione (maniobra de Brands Andrews). No traccione bruscamente. Si no tiene éxito, comuníquese a la familia que

tiene que realizar el procedimiento de extracción manual de placenta. Continúe con el paso siguiente.

- Administración de sedoanalgesia. (Diazepan 10 mg EV, o Midazolam 2.5mg, atropina 0.5 mg EV, petidina 50mg. Ev lento o Ketorolaco 1 amp IM).
- Colocarse guantes estériles, protéjase hasta el codo.
- Aplicar solución antiséptica a la región vulvo perineal según técnica.
- Colocar campos estériles.
- Aplicar una mano en la vagina para verificar si se encuentra la placenta a ese nivel. Luego con la mano izquierda traicione el cordón y con la mano derecha deslícese por el cordón a la cavidad uterina. Si el cuello está parcialmente cerrado usar la mano como cuña para dilatarlo con contrapresión de la mano izquierda.
- Deslizar los dedos de la mano entre el borde de la placenta y la pared del útero. Con la palma de la mano frente a la placenta, hacer un movimiento cercenante de lado a lado para separar delicadamente la placenta del útero. Cuando la placenta está separada y en la palma de la mano, estimular una contracción con la otra mano y extraerla delicadamente. Las membranas deben jalarse lenta y cuidadosamente hacia fuera.
- Realizar masaje uterino combinado interno y externo.
- Agregar oxitocina 20 UI al cloruro de sodio y pasar 60 gotas por minuto.

- Examinar la placenta en caso de no estar completa realizar legrado uterino puerperal.
- Registrar la información, incluir la estimación de la pérdida de sangre.
- Monitorice a la madre especialmente el sangrado vaginal.
- Continuar tratamiento antibiótico.
- Si persiste la retención de placenta, considerar la posibilidad de acretismo placentario y realizar tratamiento quirúrgico: laparotomía para histerectomía total o subtotal. Gráficos del procedimiento: extracción manual de placenta

Gráficos del procedimiento: extracción manual de placenta



## 2.1. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Retención de placenta:** Placenta adherida por más de 30 minutos en alumbramiento espontáneo y por más de 15 minutos si se realizó alumbramiento dirigido. (25)

- **Características de riesgo**

Es cuando una persona o individuo presenta características observables y medibles estos pueden ser biológicas, obstétricas, patológicas o sociales que al asociarse hace que aumente la posibilidad de sufrir un daño (enfermedad o lesión). (28) (29)

- **Características ante parto**

Características existentes que se presentan en las gestantes antes del parto, como la paridad, antecedentes de patologías previas.

- **Características durante el parto**

Características que se presentan durante el trabajo de parto, complicando ese periodo con patologías que se desencadenan en ese momento.

- **Características post parto:**

características que se presentan después del trabajo de parto, hasta los 42 días de puerperio.

- **Puerperio**

Es el periodo conocido también como posparto que comprende después de la expulsión de la placenta hasta las 6 semanas seguidas al parto o 42 días postparto, se divide en puerperio inmediato, puerperio mediato y puerperio tardío. (30)

## **2.4. HIPÓTESIS.**

### **2.4.1. HIPÓTESIS**

Existe características predominantes de la retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Chilca, 2019.

### **VARIABLES**

Características (o)

Retención de Restos Placentarios (m)

### **2.4.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

Variables	Definición Operacional	Tipo de Variable	Dimensión	Definición operacional de las dimensiones	Indicador	Valor
<b>RETENCION DE RESTOS PLACENTARIO.</b>	Restos placentarios adheridos en el útero después del parto. (25)	Cualitativa s	<b>RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS</b>	Menor del 60 % de la placenta adherido en el útero. (25)	Ficha de Recolección de datos	SI NO
<b>CARACTERISTICAS DE RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS</b>	Son factores o condiciones para retención de placenta o restos placentarios que se presentan antes del parto, durante y después.		Características Ante parto	Se define cuando la puérpera presenta características observables y medibles ocasionadas antes del parto que al relacionarse con el embarazo aumenta la posibilidad de sufrir un daño (enfermedad o lesión).		SI NO
			Características Durante parto	Se define cuando la puérpera presenta características observables y medibles ocasionadas durante el parto que al relacionarse con el embarazo aumenta la posibilidad de sufrir un daño (enfermedad o lesión).		SI NO
			Características Post Parto	Se define cuando la puérpera presenta características observables y medibles ocasionadas después del parto que al relacionarse con el embarazo aumenta la posibilidad de sufrir un daño (enfermedad o lesión).		SI NO

## CAPÍTULO III

### DISEÑO METODOLOGICO

#### 3.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Estudio de tipo descriptivo porque va a describir los hechos tal y como se presentan en la investigación.

**Nivel básico:** conocida también como investigación pura, teórica su finalidad es generar nuevas teorías y/o conocimientos a partir de los existentes.

**Retrospectivo:** estudio que se realiza en el presente, pero con datos obtenidos del pasado, siendo su inicio posterior a los hechos estudiados.

**Corte transversal:** porque se realiza con datos obtenidos en un momento puntual.

#### 3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

**Población:**

La población estuvo conformada por 1250 puérperas que se atendieron su parto en el Centro de Salud de Chilca durante los meses de enero a mayo, del 2019.

**Muestra:**

La muestra quedo conformado por un total de 150 puérperas del Centro de Salud de Chilca que presentaron retención de restos placentarios durante el año 2019.

Para la obtención de la muestra se utilizó la fórmula para análisis descriptivo en donde se requiere establecer una proporción de una población, tomado

como valores estadísticos el Alpha: 0.05, y un poder de 0.80. que son valores estándar para una población.

Criterio de prueba:  $p = 0.5200$ , donde  $p$  es la proporción en la población.

Suposiciones :

$\alpha = 0.0500$

potencia = 0.8000

alternativa  $p = 0.6300$

### **Tamaño de muestra requerida :**

$n = 150$

Donde se obtuvo que el mínimo de tamaño muestral es de 150 el estimado para este tipo de población.

### **Tipo de muestreo**

El tipo de muestreo fue probabilístico tomando como referencia los criterios de selección: **(ANEXO 1)**

### **Criterio de inclusión:**

- Partos atendidos en el establecimiento de salud
- Historias clínicas con datos completos

### **Criterios de exclusión:**

- Partos producidos en otros establecimientos.
- Partos domiciliarios
- Historias clínicas incompletas.

### 3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El siguiente trabajo de investigación comenzó su ejecución con la presentación del proyecto de tesis a las autoridades responsables de la Facultad de Obstetricia de la Universidad Peruana del Centro y con la pronta resolución de las correcciones planteadas por las autoridades responsables. Una vez aprobada, se procederá a solicitar los debidos permisos en el Centro de Salud de Chilca para poder ejecutar el trabajo de investigación. Una vez aprobada y con la autorización de la Oficina de Docencia y capacitación se procederá a la revisión y recolección de datos de las historias clínicas.

- **Descripción del instrumento**

Para dicho estudio se elaboró una ficha de recolección de datos, obtenido como referencia del instrumento validado en la tesis “Características Obstétricas en Puérperas con retención de restos placentarios atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica, 2017”, quien obtuvo la Validez y confiabilidad de la Ficha de Análisis Documentario, por juicio de expertos, previa gestión con los profesionales Gineco Obstetras relacionados al tema de estudio y con el director del Hospital para acceder a los registros del 2017. El presente instrumento que ayudara a obtener toda la información necesaria de las historias clínicas de las puérperas que presentaron retención de restos placentarios en el servicio de Emergencia del Centro de Salud de Chilca en el periodo Enero – diciembre 2019 y se divide en tres partes: **(ANEXO 2)**

- Características Ante parto Consta de 06 preguntas
- Características Durante el parto Consta de 01 preguntas
- Características post parto Consta de 03 preguntas

### **3.4 PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Todos los datos fueron recopilados en una base de datos Microsoft Excel 2010 sistema estadístico stata versión 16.

#### **Análisis Univariado:**

Se realizó medidas de frecuencia para las variables cualitativas ya mencionadas aplicando la estadística descriptiva mediante tablas de distribución y gráficos.

### **3.5 ASPECTOS ÉTICOS**

El siguiente proyecto no fue revisado por el comité de ética de esta universidad UPeCEN –Huancayo. Así mismo el presente trabajo de investigación cuenta con la autorización del Centro de Salud de Chilca.

- a) Carta de Respeto de confiabilidad en la que me comprometo no revelar ninguna información confidencial teniendo en consideración que todos los datos obtenidos serán protegidos y no divulgados. **(ANEXO 3)**

## RESULTADOS Y DISCUSION

### 4.1 Resultados

**TABLA 01: TABLA DE DISTRIBUCION DE LA EDAD DE PUÉRPERAS CON RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE CHILCA 2019**

	<b>EDAD (años)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	
	<b>15 a 19</b>	32	21.33	
	<b>20 a 35</b>	84	56	
	<b>36 a más</b>	34	22.67	
<b>de Salud</b>	<b>Total</b>	150	100	<b>Fuente: Centro de Chilca 2019</b>

**Interpretación:** En la presente tabla se observa la edad de 150 puérperas con restos placentarios el 21.33% tenía la edad entre 15 a 19 años, el 56% de 20 a 35 años y el 22.67% de 36 años a más.

**TABLA 02: TABLA DE DISTRIBUCION DE CARACTERISTICAS ANTE PARTO DE PUÉRPERAS CON RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE CHILCA 2019**

CARACTERISTICAS ANTE PARTO		FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>PARIDAD</b>	PRIMIPARA	28	18.67%
	MULTIPARA	66	44%
	GRAN MULTIPARA	56	37.33%
<b>PERIODO INTERGENESICO</b>	CORTO	52	34.67%
	NORMAL	62	41.33%
	LARGO	32	21.33%
	SIN PIG	4	2.67%
<b>RPM</b>	SI	90	60%
	NO	60	40%
<b>EHE</b>	SI	38	25.34%
	NO	112	74.76%
<b>ANTECEDENTES DE ABORTO</b>	SI	94	62.67%
	NO	56	37.33%
<b>ANTECEDENTES DE CESAREA</b>	SI	32	21.33%
	NO	118	78.67%
<b>TOTAL</b>		150	100%

**Fuente: Centro de Salud de Chilca 2019**

**Interpretación:** En la presente tabla se observa que el 44% de las puérperas que presentaron Retención de restos placentarios fueron Multíparas, el 41.33% periodo intergenésico normal, el 60% si presento ruptura prematura de membranas, el 74.76% no tiene enfermedad hipertensiva del embarazo, el 62.67% si presento antecedentes de aborto, mientras que el 78.67% no tuvo antecedentes de cesárea.

**TABLA 03: TABLA DE DISTRIBUCION DE CARACTERISTICAS DURANTE EL PARTO DE PUÉRPERAS CON RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE CHILCA 2019**

<b>DURACION</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>PRECIPITADO</b>	32	21.33%
<b>NORMAL</b>	68	45.33%
<b>PROLONGADO</b>	50	33.33%
<b>Total</b>	150	100%

**Fuente: Centro de Salud de Chilca 2019**

**Interpretación:** En la presente tabla se observa que el 21.33% de puérperas con retención de restos placentarios presento parto precipitado, el 45% parto normal y el 33.3% parto prolongado.

**TABLA 04: TABLA DE DISTRIBUCION DE CARACTERISTICAS POST PARTO DE PUÉRPERAS CON RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE CHILCA 2019**

<b>CARACTERISTICAS POST PARTO</b>		<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>MODALIDAD</b>	SCHUTZE	54	36%
	DUNCAN	96	64%
<b>TIEMPO</b>	<15 MINUTOS	108	72 %
	>15 MINUTOS	42	28 %
<b>TPO</b>	ESPONTANEO	94	62.67%
	DIRIGIDO	56	37.33%
<b>TOTAL</b>		150	100%

**Fuente: Centro de Salud de Chilca 2019**

**Interpretación:** En la presente tabla se observa que el 64% de las puérperas con retención de restos placentarios presentaron la modalidad de alumbramiento tipo Duncan, el 72% el tiempo del alumbramiento ha sido menor de 15 minutos, mientras que al 62.67% se le realizó el tipo de alumbramiento dirigido.

**TABLA 05: TABLA DE DISTRIBUCION DE LAS CARACTERISTICAS PREDOMINANTES DE LA RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS EN PUERPERAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE CHILCA 2019**

CARACTERISTICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>ANTEPARTO</b>	MULTIPARAS	66 44%
	PRESENCIA DE RPM	60 40%
	ANTECEDENTES DE ABORTO	94 62.67%
<b>DURANTE EL PARTO</b>	DURACION DEL PARTO NORMAL	68 45.33 %
<b>POST PARTO</b>	MODALIDAD DE LA PLACENTA DUNCAN	96 64 %
	ALUMBRAMIENTO < 15 MINUTOS	108 72 %
	TIPO DE ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO	96 64%
<b>TOTAL</b>	150	100%

**Fuente:** Centro de Salud de Chilca 2019

**Interpretación:** En la presente tabla se observa las características predominantes de las puérperas con restos placentarios en el centro de Salud de Chilca, en las características ante parto presentaron que el 37.33% eran gran multíparas, el 40% presentaron RPM, el 62.67% antecedentes de aborto, en las características durante el parto se encontró que el 45.33% fue parto normal, y en las características post parto el 64% presento tipo de alumbramiento con la modalidad Duncan, un 72% alumbramiento fue menor de 15 minutos y un el 64% un tipo de alumbramiento dirigido.

#### 4.1. DISCUSIÓN

La retención de restos placentarios patología propia del tercer periodo de parto, responsable de aproximadamente el 30% de los casos ocurridos por hemorragia posparto, complicación que se manifiesta desde el punto de vista clínico en el periodo del puerperio inmediato y mediato con vaginal sangrado intermitente, presencia de loquios fétidos, dolor abdominal, y a veces ocasionando una endometritis puerperal y sub involución uterina.

En el presente estudio se observó que 150 puérperas de un total de 1250 partos vaginales presentaron retención de restos placentarios, encontrándose que la edad entre 20 a 35 años presentaba mayor frecuencia de retención de restos placentarios, concordando con los estudios de Olivera K, (14) quien menciona que las jóvenes entre 20 a 29 años eran las que mayormente presentaban esta patología, similar también a los resultados de los investigadores Sulca L, Vivar P, (16) quienes encontraron que la edad materna mayor de 35 años no es un factor asociado a la retención de restos placentarios; los resultados de mi estudio se puede deber a que en este grupo etario de 20 a 29 años es donde se encontró mayor porcentaje de antecedentes de abortos.

En la presente investigación se obtuvo como resultado que las características ante parto de puérperas con retención de restos placentarios del Centro de Salud de Chilca 2019 fueron la multiparidad con 44%, periodo intergenésico normal con 41.33% y antecedentes de aborto con 62.67%, coincidiendo con los estudios de Crispín R, (3) y Gálvez M, (13) quienes

encontraron que las multíparas y las puérperas con antecedentes de aborto presentaron mayor riesgo de retención de restos placentarios, sin embargo no coinciden con los investigadores Olivera K, (14) y Berriñana K, (7) quienes menciona que las nulíparas, y las gran multíparas respectivamente tienen mayor riesgo de presentar retención de restos placentarios, lo que a partir de estas investigaciones permite a tomar acciones en cuanto a la prevención de embarazos no planificados.

La presente investigación también revela que la característica durante el parto de puérperas con retención de restos placentarios del centro de Salud de Chilca 2019, fue la duración del parto normal con un 45.33%, el investigador Crispín R, (3), también considera que el parto normal es una característica de retención de restos placentarios, ambos estudios pueden deberse a que como principales factores de riesgos para retención de restos placentarios están los antecedentes de legrados uterinos, antecedentes de cicatrices uterinas, mala conducción del trabajo de parto, mal manejo del alumbramiento, y no está considerado la duración del trabajo de parto como tal.

Así mismo se encontró en mi investigación que las características post parto de puérperas con retención de restos placentarios del centro de salud de Chilca 2019 fueron la modalidad de alumbramiento Duncan en un 64%, el tiempo de alumbramiento fue < 15 minutos en un 72% y el tipo de alumbramiento fue dirigido en un 64%, coincidiendo con los hallazgos de Crispín R (3) quien menciona que el alumbramiento dirigido menor de 15 minutos es un característica de retención de restos placentarios, sin embargo

se discrepa con el tipo de alumbramiento que encontró con mayor característica fue el de la modalidad schultze, para Fernández J, (17) el principal complicación que presentan las gestantes en el post parto es las Hemorragia puerperal, teniendo como principal factor la retención de restos placentarios.

Finalmente se concluye que las características predominantes de la retención de restos placentarios en puérperas del centro de Salud de Chilca 2019; fueron la multiparidad, ruptura prematura de membranas, antecedentes de abortos, parto normal, modalidad de presentación de la placenta Duncan, alumbramiento <15 minutos y alumbramiento dirigido, coincidiendo con el investigador Gálvez M, (13) quien encontró el antecedente de aborto fue un factor predominante, sin embargo el menciona que el alumbramiento tipo Duncan no es un factor predominante, concordando también con los estudios de Crispín R (3) quien revela que la multiparidad, el parto normal, la duración del alumbramiento menor de 15 minutos son características del alumbramiento dirigido, antecedente de ruptura prematura de membranas y la cesárea anterior no son características predominantes, mientras que Gonzales A, (11) y los investigadores Crespo D, Byron L, (12) encontraron que la retención de restos placentarios fue un factor de riesgo para Hemorragia Pos parto principalmente para una atonía uterina.

La hipótesis planteada en la presente investigación fue que existe una mayor frecuencia de características antes del parto en puérperas con retención de restos placentarios atendidas en el Centro de Salud de Chilca 2019, en los

resultados obtenidos mediante la tabla de frecuencia encontramos que la mayor frecuencia no solo fue en el ante parto, sino que también se presentó y en el post parto, estudio similar es de los investigadores Cuestas H, Espinoza H, Valer N, (18) plantearon en su estudio que las características antes del parto como cesárea previa, legrado uterino y paridad estaban relacionadas con la retención de restos placentarios, sin embargo se discrepa con el investigador Negreiros R, (15) quien encontró además de la característica ante parto multiparidad, que la característica durante el parto, como parto prolongado estaba asociado a la retención de restos placentarios.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1. CONCLUSIONES

- Las características predominantes de la retención de restos placentarios en puérperas del centro de Salud de Chilca 2019; en el ante parto fueron la multiparidad en un 44%, presencia de RPM en un 60%, y antecedentes de abortos con un 62.67%, durante el parto fue el parto normal con un 45.33%, mientras que en el post parto fue la modalidad de alumbramiento de la placenta Duncan con 64%, con un tiempo de alumbramiento <15 minutos en un 72% y el tipo de alumbramiento dirigido en un 64%, presentándose mayor predominancia en el ante parto y post parto.
- Las características ante parto de puérperas con retención de restos placentarios del centro de salud de Chilca 2019 fueron la multiparidad con 44%, periodo intergenésico normal con 41.33%, presencia de Ruptura prematura de Membranas en un 60%, y antecedentes de aborto con 62.67%, no presentaron Enfermedades Hipertensivas del embarazo en un 74.76%, y antecedentes de cesárea en un 78.67%
- La característica durante el parto de puérperas con retención de restos placentarios del centro de Salud de Chilca 2019, fue la duración del parto normal con un 45.33%.
- Las características post parto de puérperas con retención de restos placentarios del centro de salud de Chilca 2019 fueron la modalidad de

alumbramiento Duncan en un 64%, el tiempo de alumbramiento fue < 15 minutos en un 72% y el tipo de alumbramiento dirigido en un 64%.

- A la hipótesis planteada podemos concluir que, existe una mayor frecuencia de características ante parto: las gran multíparas, con diagnóstico de RPM, antecedentes de aborto y en las características post parto: tipo de alumbramiento con la modalidad Duncan, alumbramiento menor de 15 minutos y tipo de alumbramiento dirigido, siendo predominante en estas dimensiones ante parto y post parto en puérperas con retención de restos placentarios atendidas en el Centro de Salud de Chilca, 2019.

## 5.2. RECOMENDACIONES

- Se recomienda a la Red de salud Valle del Mantaro, tener en cuenta las características predominantes y factores de riesgo relacionados directamente a la retención de restos placentarios, así mismo capacitar al personal para mejorar las competencias para prevenir posibles complicaciones que se puedan presentar durante el proceso de parto con un adecuada preparación y manejo.
- Se recomienda al Centro de Salud de Chilca, tener en alta consideración las características ante parto, así mismo desarrollar talleres dirigido a agentes comunitarios y familiares integrantes inmersos en el cuidado de la gestante, tener mayor cuidado e importancia en la captación oportuna como también el parto institucional, de esta manera prevenir las complicaciones.
- Se recomienda a los profesionales de la salud tener en cuenta los protocolos de atención del tercer periodo de parto, capacitaciones y pasantillas en temas del manejo adecuado del alumbramiento, para disminuir la frecuencia casos.
- Se recomienda estudios sobre factores de riesgo relacionado a la retención de restos placentarios en púerperas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna. [Online].; 2019 [cited 2019 Diciembre 12]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
2. Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa de la OPS/OMS busca reducir las muertes maternas por hemorragias en países de las Américas. [Online].; 2015 [cited 2020 Enero 20]. Available from: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10592:2015-pahowho-initiative-seeks-to-reduce-maternal-deaths-from-hemorrhage&Itemid=1926&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10592:2015-pahowho-initiative-seeks-to-reduce-maternal-deaths-from-hemorrhage&Itemid=1926&lang=es).
3. Cripin Benito. Características Obstétricas en Puerperas con retención de restos placentarios atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia - Huancavelica 2017. Revista de la Universidad de Huancavelica. 2017 Mayo; III(2): p. 88.
4. Karisson H, Pérez Sanz C. Hemorragia postparto. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2009 Enero; 32(1).
5. García Lavandeira S, Álvarez Silveira E, Rubio Cid P, Borrajo Hernández E. Hemorragia Postparto secundaria o tardía. Ginecología y Obstetricia de México. 2017 Abril; 85(4).
6. Causa Cervantes. Factores Clínico - Epidemiológicos asociados a la Retención de restos placentarios en puerperas en el Hospital Hipólito Unanue. Tesis. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Departamento de Medicina; 2005.
7. Bedriñana Muñoz K. Factores asociados a la retención de restos placentarios en parturientas del Hospital Regional de Ayacucho, año 2010 - 2015. Tesis Pregrado. Ayacucho: Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, Departamento de Obstetricia; 2017.
8. Dubon Peniche MdC, Romero Vilchis ME. Retención de restos placentarios. Importancia del expediente clínico en la valoración de la atención médica. Caso de la CONAMED. Revista de la Facultad de Medicina. 2011 Setiembre; 54(5).
9. Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico. 2016..

10. Oficina de Estadística e Informática de la Micro red de salud Chilca. Reporte Anual. 2019..
11. Gonzales Vasquez AV. Factores Asociados a la Hemorragia Postparto Primaria en las Pacientes Atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso 2019. Universidad de Cuenca. 2019 Noviembre; III(12): p. 59.
12. Crespo Antepara D, Mendieta Toledo LB. Contexto de las hemorragias en el puerperio inmediato. Scielo. 2019 Febrero; IV(5): p. 5.
13. Galvez Rojas M. Factores Gineco Obstetricos asociados a la retencion de restos placentarios en puerperas del Hospital de Pampas - Tayacaja 2016. Tesis Post grado. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica , Departamento de Post grado; 2016.
14. Olivera Campos KG. Características Sociodemográficas y Obstétricas de puerperas que presentaron retención placentaria en el centro de Salud de El Tambo 2017 - 2018. Tesis Post grado. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica , Departamento de Obstetricia; 2019.
15. Edad materna mayor o igual a 35 años como factor de. Tesis Pregrado. Chimbote: Universidad San Pedro, Departamento de Medicina ; 2019.
16. Sulca Loli G, Vivar Fiestas PG. Edad materna mayor o igual a 35 años como factor de riesgo para retención placentaria. Tesis Pregrado. Chimbote: Universidad San Pedro, Departamento de Medicina; 2019 Setiembre.
17. Fernandez Robles JB. Hemorragia Postparto por retencion de restos placentarios en el Hospital San Jose de Chincha - Minsa marzo 2016. Apuntes Ginecologicos. 2016 Diciembre; III(12): p. 59.
18. Cuestas Meneses HS, Espinoza Chavez Y, Valer Carmen NS. Cesárea previa, legrado uterino y paridad como factores relacionados a la retención de restos placentarios en el puerperio inmediato, en el servicio gineco-obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano durante el año 2012. Tesis pregrado. Huanuco: Universidad Nacional Hermilio Valdizan , Departamento de Obstetricia ; 2015.
19. MINSA. Norma Técnica N° 105. Norma Técnica de Salud para la atención integral de Salud Materna. 2013..
20. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica. 2010..

21. Pacheco Adamuz MJ, Corral Segade ME, Garcia Garcia M. Tercera Gase del Parto, Tipo de alumbramiento y sus repercusiones. 2015..
22. Piloto Padron M, Cruz Silva D, Aguilar Setien S, Pernas Gonzales Abel. Impacto Materno del manedo activo del alumbramiento. Revista cubana de Obstetricia y Ginecologia. 2016 Setiembre; XI(3).
23. Ministerio de Salud. Norma General Tecnica N° 00179 para Atencion del Puerperio. Norma General Técnica para la Atención Integral en el Puerperio. 2015..
24. Medna Gomez Y. Ruptura Prematura de Membranas y Retencion de Restos Placentarios en Puerperas del Hospital Regional Zacarias Correa Valdivia - Huancavelica 2016. Tesis Pregrado. Huancavelica: Universidad de Huancavelica, Departamento de Obstetricia; 2016.
25. Minsa. Guias de practica Clinica para la Atencion de Emergencias Obstetricas segun Nivel de Capacidad Resolutiva. 2007 Enero..
26. Gutarra Cerron FV. Conceptos Basicos de Obstetricia. 2019..
27. Fisiopatologia de la Ruptura Prematura de las Membranas obulares. Revista Chil Obstet Ginecol. 2014 Marzo; III(3).
28. Sánchez C. Características Maternas Presentes en el Parto Prematuro en el Instituto Nacional Materno Perinatal. [Tesis Doctoral]. Lima: Universidad San Martin de Porras; 2014.
29. Factores de Riesgo. Nota descriptiva. Organización Mundial de la Salud, Centro de prensa; 2017.
30. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetricia. 23rd ed. Mexico DF: McGRAW-HILL Interamericana; 2013.
31. Medina Gomez Y. Ruptura Prematura de Membranas y Retencion de Restos Placentarios en Puerperas del Hospital Regional Zacarias Correa Valdivia Huancavelica, 2016. Tesis pregrado. Huancavelica: Huniversidad Nacional de Huancavelica, Departamento de Obstetricia; 2016.
32. Narváez J, Herrera R, Orellana M, Espinoza E. Frecuencia de Infecciones Cérvicovaginales y del Tracto Urinario en Gestantes con Amenaza de Parto Pretermino, Hospital Vicente Corral Moscoso Cuenca. Rev Med HJCA. 2012 Setiembre; 4(2: 171-175).

33. Guía Perinatal. Guía Perinatal. Ministerio de Salud-Chile, Subsecretaría de Salud Pública -División Prevención y Control de Enfermedades-Departamento de Ciclo Vital y del Programa Nacional Salud de la Mujer; 2015.
34. Ramos D. Gestantes Adolescentes en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unánue Enero 2011-Diciembre 2012. [Tesis Doctoral]. Tacna: Universidad Hipólito Unánue; 2013.
35. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. 6th ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2015.
36. Ramirez Quijada P, Bedriñaña Muñoz K. Factores asociados a la retención de restos placentarios en parturientas del Hospital regional de Ayacucho, año 2010 - 2015. ; 2015.

## ANEXO Nº 1

### ESTIMACION DE TAMAÑO MUESTRAL

Estimated sample size for one-sample comparison of proportion  
to hypothesized value

Test Ho:  $p = 0.5200$ , where  $p$  is the proportion in the population

Assumptions:

alpha = 0.0500 (two-sided)  
power = 0.8000  
alternative p = 0.6300

Estimated required sample size:

n = 150

**Interpretación:** La siguiente formula es una fórmula que se utilizó para un análisis descriptivo en donde se requiere establecer una proporción de una población. Se ha tomado como valores estadísticos el Alpha: 0.05, y un poder de 0.80. Qu son valores estándar para una población. Se obtiene que el minino de tamaño muestral es de 150 el estimado para este tipo de población.

## ANEXO Nº2

### FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Fecha de llenado: ..... Numero de HCL: ..... Número de Ficha: .....  
Edad: ..... Años

#### I. CARACTERÍSTICAS ANTE PARTO:

##### 1.1. Paridad.

1. Primípara (1 parto)
2. Multípara (2 a 5 partos)
3. Gran multípara (> a 6 partos)

##### 1.2. Periodo Intergenesico.

1. Corto (< a 24 meses)
2. Normal (24 a 48 meses)
3. Largo (> a 48 meses)
4. Sin PIG

##### 1.3. Ruptura Prematura de Membranas.

1. Si
2. No

##### 1.4. Enfermedad Hipertensiva del Embarazo

1. Si
2. No

##### 1.5. Antecedentes de Aborto.

1. Si
2. No

##### 1.6. Antecedente de Cesárea Anterior.

1. Si
2. No

#### II. CARACTERÍSTICAS DURANTE EL PARTO:

##### 1.7. Duración del Parto.

1. Precipitado (< a 3 horas)
2. Normal (4 a 12 horas)
3. Prolongado (> a 12 horas)

#### III. CARACTERÍSTICAS POST PARTO

##### 1.8. Modalidad de Alumbramiento.

1. Schultze
2. Duncan

**1.9. Tiempo de Alumbramiento**

1. menor de 15 min
2. mayor de 15 min

**1.10. Tipo de Alumbramiento.**

1. Espontaneo
2. Dirigido

### ANEXO 3

#### CARTA DE COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Yo, **Karina Villazana Álvarez**, Bachiller de la carrera Profesional de Obstetricia de la Universidad Peruana Del Centro - UPeCEN, me comprometo a la confidencialidad y la no divulgación de la información que obtendré de las encuestas para realizar mi trabajo de investigación sobre **CARACTERÍSTICAS DE PUÉRPERAS CON RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE CHILCA 2019** así mismo me comprometo a no utilizar dicha información en otros tipos de estudios.

Si en algún momento no cumplo mi compromiso acepto las penalidades correspondientes.

Huancayo Enero del 2020

---

Karina Villazana Álvarez

**Evidencias Fotográficas**



REVISANDO LAS HISTORIAS CLINICAS  
DE LAS GESTANTES CON RUPTURA  
PREMATURA DE MEMBRANAS Y  
LIBROS DE SEGUIMIENTO





RECOLECTANDO LA INFORMACION  
EN LA FICHA DE RECOLECCION DE  
DATOS

