

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA**

**Facultad de Ciencias Médicas**

**Escuela Académico Profesional de Medicina Humana**

**"FACTORES CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS A LA RETENCIÓN  
DE RESTOS PLACENTARIOS EN PUERPERAS EN EL HOSPITAL  
HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN EL 2004 Y 2005"**

**TESIS**

**Presentada por:**

**Bach. GELMER CAUSA CERVANTES**

**Para optar el Título Profesional de:**

**MÉDICO CIRUJANO**

**TACNA - PERÚ  
2006**

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**


**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA**

**HUMANA**

**“FACTORES CLINICO-EPIDEMIOLOGICOS ASOCIADOS A LA  
RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS EN PUERPERAS EN EL  
HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN EL 2004 Y 2005”**

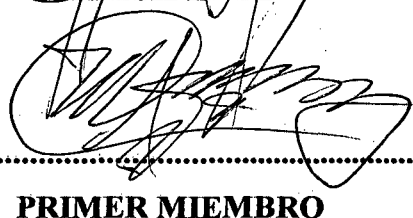
**APROBADO POR EL JURADO INTEGRADO POR:**

**DR. CLAUDIO RAMÍREZ ATENCIO:** .....



**PRESIDENTE**

**DRA. MAURO ROBLES MEJIA:** .....



**PRIMER MIEMBRO**

**DR. CRISTINA LLOSA RODRIGUEZ:** .....



**SEGUNDO MIEMBRO**

**DR. RUBEN NUE SESSAREGO:** .....



**ASESOR DE TESIS**

## DEDICATORIA

Con todo cariño y amor dedico el presente trabajo de tesis a mis padres y hermanos que durante mi formación profesional con su esfuerzo y comprensión supieron apoyarme en todo momento.

A Dios por haberme iluminado y guiado en cada instante.

A mis docentes que durante mi formación profesional evocaron sus conocimientos y sabiduría, a todos mi eterno agradecimiento.

## CONTENIDO

<b>RESUMEN</b>	1
<b>ABSTRAC</b>	3
<b>INTRODUCCION</b>	5
<b>CAPITULO I: PROBLEMA</b>	7
FORMULACION DEL PROBLEMA	8
TIPO DE INVESTIGACIÓN	8
AREA DE INVESTIGACIÓN	8
HIPÓTESIS	9
OBJETIVOS	9
ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	11
JUSTIFICACIÓN	15
MARCO TEORICO	17

<b>CAPITULO II: MATERIAL Y METODO</b>	33
DISEÑO DE ESTUDIO:	34
MARCO POBLACIONAL:	34
MARCO MUESTRAL	34
CRITERIO DE INCLUSION:	35
CRITERIO DE EXCLUSIÓN	36
DEFINICION DE VARIABLES	36
RECOLECCION DE DATOS	39
ANALISIS DE DATOS	39
<b>CAPITULO III: RESULTADOS</b>	40
<b>CAPITULO IV: DISCUSIONES Y COMENTARIOS</b>	88
<b>CAPITULO V: CONCLUSIONES</b>	92
<b>CAPITULO VI: RECOMENDACIONES</b>	95
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	97
<b>ANEXOS</b>	105

## RESUMEN

Se realizó un estudio de casos y controles para analizar los factores asociados a la retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital Hospital Hipólito Unanue de Tacna, desde el 1ro. de enero de 2004 hasta el 31 de diciembre del 2005. Se tomó como grupo caso a las 108 pacientes puérperas que tuvieron retención de restos placentarios y se comparó con un grupo control de 112 pacientes puérperas que no presentaron retención de restos placentarios en los mismos años igual que el grupo caso. Esta información fue obtenida de la Historia Clínica y Base de Datos del Sistema Informático Perinatal 2004-2005 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna y llevada a una ficha de recolección de datos.

Para el análisis de los datos se utilizaron las frecuencias y se expresaron en porcentajes, Odds Ratio (OR) con intervalo de confianza al 95%, nivel de significancia (p).

La incidencia de retención de restos placentarios en las pacientes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el 2004 y 2005 fue de 1.51 %.

Los factores clínico-epidemiológico asociados a la retención de restos placentarios fueron: El parto prematuro esta muy asociado al riesgo de retención de restos placentarios (Odds ratio) 7,19 ( $p < 0.00001$ ), en el alumbramiento tipo Duncan, se demuestra un incremento del riesgo de retención de restos placentarios (Odds ratio) 3.8 ( $p < 0.000075$ ), según el tiempo de alumbramiento evidenciamos un incremento del riesgo cuando el alumbramiento es mas prolonagado, para el grupo de 30-45 minutos O.R.=3.7, y para el grupo de 45-60 minutos con O.R.=5.39, el mecanismo de alumbramiento dirigido representa un factor protector O.R.= 0,38 y el mecanismo de alumbramiento espontáneo presenta un riesgo de retención de restos placentarios O.R.= 2.43, ( $p < 0.005$ ), la gran multiparidad presenta un riesgo de retención de restos placentarios O.R.= 2.11 para las gran múltiparas ( $p < 0.05$ ) pero estadísticamente no significativo. Según el peso del RN se demuestra un incremento del riesgo de retención de restos placentarios conforme disminuye el peso del RN fundamentalmente en el aquellas que tienen  $< 1500$  gramos, (Odds ratio) 7.76 ( $p < 0.0005$ ).

Conclusión: Los factores asociados de riesgo relacionados a la retención de restos placentarios que tuvieron mayor valor son: parto prematuro, el alumbramiento tipo Duncan, el alumbramiento prolongado.

## ABSTRAC

A study of cases and controls was made to analyze the factors associated to the retention of placentarios rest in puérperas taken care of in the hospital Hospital Hipólito Unanue of Tacna, from 1ro. of January of 2004 to the 31 of December of the 2005. It was taken as group case to the 108 puérperas patients who had retention of placentarios rest and compared with a group control of 112 puérperas patients who such did not present/display retention of placentarios rest in years just as the group case. This was collected of the clinical history of the patients and the Card of data collection, obtained from History Clinical and Data base of the Computer science System Peri natal 2004-2005 of the Service of Gineco-Obstetricia of the Hospital Hipólito Unanue of Tacna and taken to a card of data collection.

For the analysis of the data the frequencies were used and they were expressed in percentage, Odds Ratio (OR) with interval of confidence to 95%, significance level (p).

The incidence of retention of placentarios rest in the patients taken care of in the Hospital Hipólito Unanue of Tacna in 2004 and 2005 was of 1.52%.



The factors associated to the retention of placentarios rest were: The premature childbirth this very associated to the risk of retention of placentarios rest (Odds ratio) 7.19 ( $p < 0.00001$ ) in the lighting Duncan type, an increase of the risk of retention of placentarios rest (Odds ratio) 3,8 is demonstrated 8 ( $p < 0.000075$ ), according to the time of lighting we demonstrated an increase of the risk when the lighting but is prolonged, for the group of 30-45 minutes O.R.=3.7, and for the group of 45-60 minutes with O.R.=5.39 the mechanism of directed lighting represents a protective factor O.R. = 0,38 and the mechanism of spontaneous lighting presents/displays a risk of retention of placentarios rest O.R. = 2,43, ( $p = < 0.005$ ), the great multiparity presents/displays a risk of retention of placentarios rest O.R. = 2.11 for great múltiparas ( $p < 0.05$ ) statistically nonsignificant, according to the weight of the RN an increase of the risk of retention of placentarios rest is demonstrated conforms fundamentally diminishes the weight of the RN in those that they have.

Conclusion: Related the factors associated of risk to the retention of placentarios rest that had greater value are: premature childbirth, the lighting Duncan type, the prolonged lighting

## INTRODUCCIÓN

Durante el desempeño de mis actividades en el internado médico he podido evidenciar muchos casos de retención de restos placentarios y membranas, lo cual despertó el interés en mi por conocer los factores asociados a la retención de restos placentarios. Por lo que nuestro problema de investigación es “factores clínico-epidemiológicos asociados a la retención de restos placentarios púerperas en el Hospital Hipólito Unanue De Tacna en el 2004 y 2005”

Hay pocos estudios en nuestro medio sobre los factores asociados a la retención de restos placentarios. Esta escasa investigación sobre el tema nos motiva a desarrollar el presente proyecto de investigación.

El parto es un mecanismo por el cual una vez completado el desarrollo del nuevo ser, se produce la expulsión del feto al exterior. Es un momento crucial en la vida de las personas, probablemente el más importante, de cuya evolución dependerá la calidad de vida posterior.

El trabajo de parto presenta tres periodos: 1) dilatación 2) expulsivo 3) alumbramiento. Nuestro trabajo esta centrado en el tercer periodo.

El tercer estadio del trabajo de parto es el período que va desde el nacimiento del niño hasta la expulsión de la placenta y las membranas ovulares. El periodo placentario es el más peligroso del parto, complicaciones tales como la hemorragia pueden aparecer con una rapidez alarmante y transformar lo que era un parto normal en una gran emergencia.

Es necesario que la atención del parto sea realizada por una persona calificada que tenga habilidad y destreza, tiene que saber reconocer una complicación cuando ésta se presente.

Nuestros objetivos se dirigen fundamentalmente a conocer los factores clínico-epidemiológicos más predominantes asociados a la retención de restos placentarios y membranas.

# **CAPITULO I**

## **PROBLEMA**

## **CAPITULO I**

### **PROBLEMA**

#### **A) FORMULACION DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son los factores clínico-epidemiológicos asociados a la retención de restos placentarios en púerperas en el hospital Hipólito Unanue De Tacna en el 2004 y 2005?

#### **B) TIPO DE INVESTIGACION**

El presente trabajo de investigación es de tipo retrospectivo, analítico, caso – control

#### **C) AREA DE INVESTIGACION**

El ámbito del presente trabajo de investigación es el de las ciencias de la salud, específicamente del área de la obstetricia

## **1. HIPÓTESIS**

Hay varios factores clínico-epidemiológicos predominantes asociados a la retención de restos placentarios, en puérperas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el 2004 y 2005.

## **2. OBJETIVOS**

### **a) Objetivo general**

Determinar los factores clínico-epidemiológicos predominantes asociados a la retención de restos placentarios, en puérperas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el 2004 y 2005

**b) Objetivos específicos**

- Conocer los factores clínico-epidemiológicos asociados con mayor frecuencia a la retención de restos placentarios.
- Determinar la incidencia de retención de restos placentarios
- Determinar la asociación del parto prematuro con la retención de restos placentarios.
- Precisar la asociación del mecanismo de desprendimiento tipo Duncan con la retención de restos placentarios.
- Conocer la asociación del alumbramiento prolongado con la retención de restos placentarios.
- Comparar al alumbramiento dirigido y el alumbramiento espontáneo y la asociación con la retención de restos placentarios.
- Determinar la asociación de la gran multiparidad con la retención de restos placentarios.

### 3. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

#### A NIVEL INTERNACIONAL.

COMBS Y LAROS “guía practica para el embarazo y el parto del alto riesgo” Madrid España 1995.

“ Han investigado los factores asociados con al retención de restos de membranas ovulares y la prolongación del tercer periodo del parto, observando que la duración media del mismo es de 6 minutos y la incidencia de complicaciones aumenta significativamente si se prolonga mas de treinta minutos”.

“Han observado que la prolongación del tercer periodo de parto se relaciona estrechamente con el parto prematuro, el parto inducido por complicaciones médicas, el parto estimulado, y la rotura prolongada de membranas”.

COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS, 1997  
Issue 2. “El Manejo Activo del Alumbramiento”

Menor incidencia de retención placentaria (1.6% vs 4.5%, OR 0.31, IC 95% 0.15-0.63), y menor necesidad de utilización de drogas útero contractoras (2.3% vs 4.1%, OR 0.44, IC 95% 0.24--0.78 ) en el grupo activo”. (12)



REVISTA COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y  
GINECOLOGÍA. Rev Colomb Obstet Ginecol vol.49 no.3 Bogotá  
July/Sept. 1998

“El parto pretérmino se ha visto una mayor retención placentaria en los embarazos pretérmino. Dombrowski y cols. encontraron una incidencia mayor de retención de placenta en los embarazos de 20 a 26 semanas (OR 20.8 IC 95% 17.1 -25.4) y en los embarazos menores de 37 semanas (OR 3.0 IC 95% 2.6- 3.5), comparados con los embarazos a término . Romero también encuentra que la frecuencia de retención de placenta en el parto pretérmino es de 9.1 %, comparado con el 1.1% en el embarazo a término; esta frecuencia no aumentó en los embarazos con RPM, ni con corioamnionitis”. (15)

ACRETISMO PLACENTARIO EN EL INSTITUTO MATERNO  
INFANTIL Rev Colomb Obstet Ginecol vol.53 no.4 Bogotá  
Oct./Dec. 2002

“La incidencia de AP reportada en la literatura oscila entre 1 en 540 a 1 en 9300 partos, con una media de 1 en 7000; en el periodo de tiempo estudiado en el IMI esta relación fue de 1 en 1539 partos”.

“En la actualidad la alta frecuencia de parto por cesárea se asocia con mayor frecuencia a placenta previa, razón por la que se considera que ésta ha aumentado de 1 en 1000 embarazos en el año 1950 a 101 en 1000 en 1985.<sup>3</sup> El AP es más frecuente en pacientes con placenta previa o historia de cesárea anterior. El 25% de las mujeres con antecedentes de cesárea y placenta previa presentan AP de nuevo; el riesgo que aumenta al 50% en las pacientes con historia de dos o más cesáreas y placenta previa”. (13)

#### **A NIVEL NACIONAL:**

Soto Hernández Roxana trabajo de investigación: “Incidencia De retención De Membranas Ovulares” en el Hospital Regional De Puno 1985-1990

“La incidencia global de retención de membranas ovulares en el quinquenio fue de 1 por 51 partos...”

“La mayor incidencia de retención de membranas ovulares se presento en el grupo etáreo de 35-39 años con un 17.7%”.

“El 32% de parturientas con retención de restos de membranas ovulares fueron gran multíparas”.

“Las pacientes que no tuvieron control prenatal ocuparon el 62.5% correspondiendo a la mayor incidencia de retención de membranas ovulares”.

“El periodo inter genésico de las pacientes con retención de membranas ovulares fue de un año, con un 43.23% de los casos”.

“Como antecedente de importancia predominan: aborto con un 23.4%, cesareada anterior con un 16% y endometritis con un 9.2%”.

Nota: no se precisa el intervalo de confianza y el riesgo relativo.

#### **A NIVEL LOCAL:**

Se investigó “la incidencia de retención de restos placentarios en los partos registrados en el hospital de apoyo Hipólito Unanue de Tacna desde 01 marzo del 2000 al 31 de marzo del 2003” donde concluye la investigadora Alicia Calizaya Marazo.

“La incidencia global de retención de restos placentarios de partos registrados en el H.A.H.U.T. durante los años 2000-2003 fue de 0.93% de un total de 9263.

“Encontramos que el mayor porcentaje de retención de restos placentarios se encuentran en pacientes con edades entre el 20-24 años con el 36.2%.

“Según el número de CPN el mayor porcentaje corresponde a pacientes ya controlados con más de 6 CPN con 44 casos que corresponde al 48.3%”.

Comentario: el trabajo de investigación antes mencionado realizado en el Hospital Hipólito Unanue De Tacna, vemos que es un trabajo descriptivo, retrospectivo, se evidencia además que no presenta un grupo control, entonces podemos mencionar que los resultados obtenidos no reflejan claramente el problema investigado.

#### **4. JUSTIFICACIÓN**

Se justifica llevar a cabo el estudio de este problema:

El trabajo es pertinente porque se cuenta con el apoyo de personal capacitado para la realización de la investigación.

El trabajo es trascendente ya que la escasa literatura y de trabajos de investigación en las instituciones podrían servir como punto de comparación con otras instituciones.

Y la escasa investigación respecto al tema de investigación en nuestro hospital me impulsan a realizar el presente estudio para de esta manera contribuir en algo al conocimiento científico actual, y ser punto de partida a otros trabajos de investigación, que se

podrían complementar para así llegar a un mejor manejo de las pacientes.

La atención de parto requiere tener conocimiento integral de los mecanismos que se van sucediendo dinámicamente hasta la expulsión completa de los productos de la concepción, también tenemos que hacer mención que la atención del parto requiere no solo la habilidad del operador, también requiere la espera de un tiempo prudencial para que espontáneamente y por medio de una actividad contráctil del útero se expulse la placenta en forma completa.

La investigación a desarrollarse aborda un problema de interés, ya que la identificación de gestantes de riesgo, previo al parto ayuda a realizar acciones que nos permitan evitar complicaciones inesperadas.

## **5. MARCO TEORICO**

### **I. PERIODO PLACENTARIO PATOLOGICO**

#### **(ALUMBRAMIENTO PATOLOGICO)**

El alumbramiento patológico es el trastorno que se da durante el mecanismo de expulsión de la placenta y de sus anexos, produciéndose distocias y accidentes que pueden comprometer la vida de la madre y que condicionan situaciones de emergencia que demandan el conocimiento de la alteración y el tratamiento inmediato, destacando la retención de la placenta y membranas ovulares, las hemorragias del alumbramiento y la inversión aguda del útero.(45)

#### **1. RETENCION DE LA PLACENTA Y MEMBRANAS**

##### **OVULARES**

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

##### **a) RETENCION TOTAL**

###### **a.1 Distocias dinámicas**

- Inercia
- Anillos de contracción

###### **a.2 Distocias anatómicas**

- Adherencia anormal de la placenta

b) **RETENCION PARCIAL**

b.1 De restos placentarios

b.2 De membranas

**2. DISTOCIAS DINAMICAS QUE DETERMINAN LA  
RETENCION PLACENTARIA**

Esta puede deberse a la insuficiencia de la contractibilidad (inercia) o a las contracciones perturbadas (anillos de contracción)

**2.1 INERCIA UTERINA**

Distocia caracterizada por una actividad contráctil insuficiente para desprender o expulsar la placenta, condicionada por la hipodinamia durante el alumbramiento. Para su mejor comprensión se dividirá en causas de orden general y causa de orden local

a) **DE ORDEN LOCAL**

- Por las malformaciones congénitas
- Por la distensión exagerada de la fibra muscular uterina como ocurre en el hidramnios, embarazo múltiple, macrosomia fetal.

- Por degeneración de las miocelulas uterinas por procesos con fibromatosis uterina, gran multiparidad, obesidad, endometritis crónica, etc.
- Por escaso desarrollo muscular
- Lucha en el parto por estrechez pélvica, tumores previos, etc.
- Por infección amniótica,

b) DE ORDEN GENERAL

1. Por el exceso de uso de drogas sedantes
2. Por trastornos emocionales que disminuyen la dinámica uterina
3. Parto prematuros provocados
4. Por el estado constitucional de la madre
5. Por hipoexitabilidad uterina

TRATAMIENTO

El tratamiento se plantea ante las tres siguientes situaciones:

a) Con la placenta totalmente adherida

En cuyo caso la hemorragia esta ausente y por ello debe producirse primeramente una expectación suficiente de más o menos media hora, al termino de este periodo debe procederse a:



- Masaje uterino (externo).- realizado desde el fondo del útero, sin que sea violento ya que es un procedimiento para reactivar la contractibilidad uterina.
- La utilización de oxitócicos.- utilizando 5 UI en 500 cc de suero glucosado en goteo intravenoso, con lo que se corregirá la insuficiencia contráctil en pocos minutos. Contraindicados los derivados del cornezuelo de centeno mientras la placenta no se haya expulsado salvo casos muy especiales.
- Realización de maniobra de Credé .- Para lo cual se deberá evacua la vejiga y luego se procederá a la maniobra con la expresión continua y sostenida del fondo uterino así realizada se expulsara la placenta
- Alumbramiento artificial manual.- realizado bajo anestesia. Fijando el útero desde su fondo a través de la pared abdominal con una mano y con la otra mano introducirá en la cavidad vaginal y uterina y guiada por el cordón hasta alcanzar el borde de la placenta o la pared, desgarrando las adherencias hasta su totalidad. Luego de la placenta se tendrá que desprender las membranas que hayan quedado retenidas.

Esta técnica puede llevar a complicaciones inmediatas como la sepsis puerperal, razón por la cual debe realizarse con mucho cuidado y emplear antibióticos como medida profiláctica.

b) Con la placenta parcialmente adherida

En el caso de inercia uterina se acompaña de hemorragia ya que existe desprendimiento parcial de la placenta. Por lo que la conducta a tomar dependerá de la magnitud del sangrado.

En caso de ser breve se puede recurrir al masaje uterino o a los oxitócicos, pero si apremia se deberá acudir a la expresión de Credé o al alumbramiento manual.

c) Con la placenta desprendida y retenida

Como sólo resta expulsar la placenta al exterior entonces se podrá proceder a la expresión del útero y a suaves tracciones por el cordón, si a pesar de ello persistiera se podrá intentar con masajes, oxitócicos, etc

## 2.2 ANILLOS DE CONTRACCIÓN

Los anillos de contracción o espasmos uterinos vienen a ser anomalías de la contracción uterina por la contractura de una zona circular del útero, originando encarcelamiento de la placenta. Se pueden producir en distintos sectores del órgano pero algunos sitios en especial como a nivel del anillo de Bandl y cuernos uterinos. En la mayoría de los casos obedece a una inadecuada aceleración del desprendimiento placentario (masajes intempestivos, o a la incorrecta administración de oxitócicos). Estos espasmos pueden ser totales o parciales:

### a) ESPASMOS TOTALES ( TETANOS UTERINOS)

Donde el útero se encuentra endurecido (leñoso) permanentemente, sumándose la flacidez del segmento inferior y del cuello existiendo un relieve marcado del anillo de Bandl.

Su tratamiento tendrá que instalarse inmediatamente, sino hay hemorragia se administrará antiespasmódicos por vía endovenosa, en caso de no tener éxito se realizará la extracción manual de la placenta o posteriormente legrado uterino.

## b) ESPASMOS PARCIALES

Contracciones anormales en determinados sectores del útero tenemos:

- PLACENTA ENCASTILLADA.- donde la contracción espasmódica afecta al músculo orbicular de la trompa formándose así un saco que retiene la placenta en su interior.
- PLACENTA ENCARCELADA.- cuando el espasmo se manifiesta a nivel del cuello, quedando la placenta aprisionada en el cuerpo uterino que puede estar adherida total, parcial o totalmente desprendida.
- PLACENTA ENGATILLADA.- la placenta engatillada ya desprendida es retenida en el interior de la cavidad uterina por un espasmo del anillo cervical.

Su tratamiento, si no hay hemorragia será la administración de drogas antiespasmódicos por vía endovenosa y si no da resultados y se suma la hemorragia entonces se procederá a extracción manual.

### **3. DISTOCIAS ANATOMICAS QUE DETERMINAN RETENCION PLACENTARIA**

#### **PLACENTA ADHERENTE**

Viene a ser aquella en la que permite la posibilidad de su extracción por vías naturales, en la cual las vellosidades coriales atraviesan íntegramente la capa esponjosa del endometrio pero no al miometrio.

Es frecuente en los casos de endometritis, previa inserción placentaria en zonas poco fértiles (cuernos uterinos, segmento inferior) legrados repetidos (abortos anteriores) tumores submucosos, cicatrices uterinas y extracciones manuales anteriores. Su frecuencia es variable encontrándose en un rango de 2% (Schwarz) a 5% (Benson).

El tratamiento de elección son los oxitócicos y casi siempre el alumbramiento manual, seguido de legrado uterino, luego del pos-alumbramiento se empleara antibióticos profilácticos, oxitócicos o bolsa de hielo en el bajo vientre.

## ACRETISMO PLACENTARIO

Es una complicación rara pero muy peligrosa del embarazo a consecuencia de una adherencia anormal de una parte de la placenta en la pared uterina.

Se acompaña de ausencia parcial o total de la decidua verdadera defectuosa con vellosidades criónicas en yuxtaposición con el miometrio o incluyéndolo.

Rara vez las vellosidades llegan hasta el miometrio y constituyen adherencias anormales con distintos grados de penetración lo que hace difícil casi imposible su separación de la pared uterina en el alumbramiento.

El principal factor que interviene parece ser una lesión del endometrio por traumatismo o infección, cirugía ginecológica previa, trastornos ginecológicos asociados y desequilibrio endocrino.

Otras como el alumbramiento manuales en partos anteriores y en especial raspajes uterinos repetidos, resulta evidente que afecta con mayor frecuencia a grávidas en cierta edad (30-35 años) y raro en menos de 25 años.

Así mismo predilección por paridad elevada en una relación de 5 por 1 que en las primigravida. Su frecuencia es relativa más o menos 1%.

Se clasifica según la profundidad que alcanza las vellosidades criónicas en tres formas:

a) Placenta Acreta:

Cuando las vellosidades coriales están firmemente adheridas al miometrio, pero sin penetrar en el.

b) Placenta Increta:

Cuando se introducen en el músculo miometrio pero sin atravesarlo.

c) Placenta Percreta:

Cuando invaden excesivamente el miometrio atravesando e incluso puede llegar hasta la serosa peritoneal y aun hasta la vejiga puede producir hemorragia y rotura del útero.

El acretismo placentario puede ser total o parcial según afecte a un grupo de cotiledones o en su defecto todos.

No hay sintomatología, cursan sin hemorragia debido a que no hay separación placentaria y no hay shock a no ser que produzca una rotura o inversión uterina y los intentos

de extracción manual fracasen por completo al no hallar un plano de separación.

El diagnóstico será primariamente por examen clínico comprobándose con un examen microscópico, el mismo que se realiza al intentarse practicar el alumbramiento artificial por la retención de la placenta y no encontrara el plano de clivaje en la adherencia normal de la placenta. El tratamiento en la mayoría de los casos es la histerectomía subtotal con conservación de anexos en mujeres jóvenes, previo levantamiento del estado general con transfusión sanguínea preoperatorio bajo anestesia.

El tratamiento conservador (casos de placenta acreta total) en espera de la disgregación y eliminación de la placenta, expone a graves peligros como la hemorragia severas e infecciones.

En este caso una actitud conservadora puede ser mortal.



## **II. RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS Y/O**

### **MEMBRANAS**

#### **RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS**

Con frecuencia no es toda la placenta sino uno o varios cotiledones, los que quedan retenidos en la cavidad uterina. En la mayoría de los casos se debe a las realizaciones de maniobras intempestivas durante el alumbramiento tales como expresiones apresuradas, tironeamientos desde el cordón umbilical.

Pero también ocurre como resultado de alumbramientos manuales incompletamente realizadas y ante la existencia de cotiledones aberrantes (placenta succenturiada) o adherencias anormales de la placenta.(45)

#### **a) Diagnostico:**

El diagnostico se realiza por el examen minucioso de la placenta que se efectuará después de todo alumbramiento, observándose así la ausencia de uno o más cotiledones.

La hemorragia externa es inconstante y no puede guardar relación de intensidad directa con el tamaño de cotiledones retenido.

El tacto uterino que se llevara a cabo sólo en caso necesario, confirmará el diagnóstico.

b) Evolución Clínica:

La cual puede seguir varios sentidos: pudiendo desprenderse y ser expulsado de forma espontánea originando con frecuencia hemorragia, a veces muy graves, que ponen en riesgo la vida materna, posteriormente, durante el puerperio en ocasiones sufren un proceso de desintegración a lo que se agregan infecciones por gérmenes que ascienden por el canal vaginal; y otras veces se originan en el útero transformándose en pólipos pueden ser expulsados o no mas tarde (pólipos placentarios) los dos peligros mayores que se señalan en pronostico son la hemorragia y la infección.(45)

c) Tratamiento:

El tratamiento puede hacerse empleando la terapéutica abstencionista, siempre que no exista hemorragia, existiendo la contractibilidad uterina en busca de la expulsión espontánea, como la terapéutica de rigor en caso de hemorragia exigirá la extracción de los cotiledones retenidos, mediante legrado digital. Si fuera necesario se recurrirá al legrado instrumental utilizándose de preferencia las curetas de bordes romos de Pinard.

En uno u otro caso el uso de retractores del útero (ergotina) y los antibióticos colaboran eficazmente en la terapéutica ulterior.

## **RETENCION DE MEMBRANAS**

Es la retención de fragmentos de la membranas ovulares de la placenta es frecuente aun en partos espontáneos pudiendo también retenerse en su totalidad (amnios y corion).

El factor etiológico principalmente son las maniobras apresuradas o intempestivas.

Considerando que la friabilidad del tejido y el grado de adherencia placentaria asentada constituyen causas determinantes. Se puede añadir también la expulsión brusca del disco placentario y casos de placenta circunvalada o marginada.

### **a) Diagnostico:**

El diagnostico se hará fundamentalmente examinando los anexos después del alumbramiento y así veremos el tipo de retención.

b) Evolución clínica:

Lo mas frecuente es que estos se eliminen en los días siguientes del puerperio junto con los loquios, generalmente desintegrados, a la par que se observan entuertos acentuados o fetidez loquial, puesto que en la retención facilita el ascenso de gérmenes que predisponen a la infección

c) Tratamiento:

La conducta seguir será expectante en primer si el sangrado es escaso, entonces se pondrá altas dosis de oxióticos los que serán suficientes para su eliminación y la colocación de bolsa de hielo. En los casos de retención total puede procederse al raspado con curetas, romos de Pinard.(45)

Legrado Instrumental:

Se realizará cuando se halla confirmo la existencia de retención total o parcial de la placenta o de sus membranas o anexos, dentro de la cavidad uterina con la paciente preparada y bajo anestesia general o local, según necesidad, y la paciente en posición ginecológica, se colocara un especulo y/o valvas y se prende el labio anterior. A veces la dilatación cervical es suficiente para la introducción de la cureta. En caso contrario se procede a la dilatación artificial.

Es aconsejable explorar con histerometro el útero para precisar características, practica que nos orienta respecto a su dirección y longitud del canal cervical pasando siempre el orificio de la cavidad uterina

La cureta se lleva hasta el fondo uterino y se retira hacia el cuello de esta manera se recorre la cara anterior luego se continua con la posterior, los bordes y los ángulos uterinos.

El estallido de las membranas produce salida de liquido amniótico claro y el del desprendimiento de la placenta hace salir la sangre. La cureta dará la sensación particular del contacto con el útero, mas allá no se debe el clásico “quejido uterino” no se debe ni provocar, pues la cureta es un instrumento abrasivo que puede llevar a complicaciones. Las secuelas que puede dejar la destrucción excesiva de la mucosa en superficie o en profundidad son las llamadas sinequias de la cavidad, determinando amenorreas o esterilidad secundaria, por falta de la recuperación de la mucosa, debido a la destrucción de la capa basal por un legrado demasiado fuerte, también puede causar posteriormente graves complicaciones como predisposición a placentas previas y accidentes en el alumbramiento por adherencias anormales de la placenta en partos posteriores.(45)

## **CAPITULO II**

### **MATERIAL Y METODO**

## **CAPITULO II**

### **MATERIAL Y METODO**

#### **A) DISEÑO DE ESTUDIO:**

La presente investigación es retrospectivo, analítico, caso y control.

#### **B) MARCO POBLACIONAL:**

El marco poblacional esta conformado por todas las pacientes que presentaron retención de restos placentarios en puérperas en el Hospital Hipólito Unanue De Tacna en el 2004 y 2005

#### **C) MARCO MUESTRAL**

El marco muestral incluye en el estudio el 100% de las historia clínicas que cumplan con los criterios de inclusión.

#### D) CRITERIO DE INCLUSION:

Para que la paciente sea integrada a este trabajo de investigación deberá cumplir con los criterios de inclusión:

1. Deberá contar con los datos completos que requiera el sistema informativo perinatal (SIP).
2. Todas las pacientes que presentes retención de restos placentarios o de membranas ovulares.
3. Todas aquellas pacientes que en el alumbramiento presentaron membranas incompletas.
4. Aquellas puérperas con parto hospitalario, y que reingresaron por hemorragia posparto, fiebre, dolor hipogástrico en las que se confirma retención de restos placentarios y membranas.



#### GRUPO CONTROL:

Fueron seleccionados al azar, de todas aquellas puérperas que no hayan presentado retención de restos placentarios en el año 2004 y 2005, en un número equivalente al número de casos.

#### E) CRITERIO DE EXCLUSIÓN

Pacientes cuya información solicitada por el Sistema Informático Perinatal (SIP) estuvo incompleta.

#### F) DEFINICION DE VARIABLES

1. Variable Independiente: Factores Clínico-Epidemiológicos
2. Variable Dependiente: Retención De Restos Placentarios

	VARIABLES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	
CARACTERÍSTICAS MATERNAS GENERALES	Edad	1. < 14 2. 15-20 3. 21-25 4. 26-30 5. 31-35 6. > 36	Razón	
	Estado civil	1. Soltera 2. Casada 3. Conviviente 4. Otros	Nominal	
	Grado de instrucción	1. Sin instrucción 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior	Ordinal	
	ANTECEDENTES OBSTETRICOS	Numero de gestaciones	1. 0 2. 1 3. 2 4. 3 5. 4 6. 5 7. 6 8. 7	Ordinal
		Paridad	1. Nulipara 2. Primipara 3. multipara 4. Gran multipara	Ordinal
		Abortos	1. Si: 2. No	Nominal
		Legrado uterino	1. Si: 2. No	Nominal
Controles prenatales		1. <4 2. 4-6 3. >6	ordinal	
Semanas de gestación	1. <36 2. 36-42 3. >36	razón		

Atención del parto, alumbramiento y puerperio	Duración de trabajo de parto	1. <5 horas 2. 5-10 h 3. 10-15 h 4. > 15 h	Razón
	Tiempo de alumbramiento	1. <5 min 2. 5-15 3. 15- 30 4. 30-45 5. 45-60 6. > 60	Razón
	Tipo de alumbramiento	1. Shultze 2. Duncan 3. No precisado	Nominal
	Mecanismo de alumbramiento	1. Dirigido 2. Espontáneo 3. No precisado	Nominal
	Atendido por:	1. Medico 2. Obstetiz 3. Med.+ obstet. 4. Med + I/M 5. Obst.+I/M 6. Obst. +I/O	Nominal
	Peso del RN	1. <1500 gr. 2. 1500-2500 3. 2500-3500 4. 3500-4500 5. >4500	Razón

## G) RECOLECIÓN DE DATOS

La información se obtuvo mediante la revisión y recolección de datos de los registros de la base de datos del sistema de información perinatal (SIP) y además se revisaron la historia clínicas de las pacientes en estudio; del Hospital De Apoyo Hipólito Unanue De Tacna durante el 2004 y 2005

Para la recolección de datos de la información se utilizaron como instrumento una ficha de recolección de datos lo que permitió la recolección y estudio ordenado de las variables de estudio. Obteniéndose los datos y variables que la presente investigación requirió para su desarrollo.

## H) ANALISIS DE DATOS

Con la información obtenida del sistema informático perinatal (SIP) y de la revisión de historia clínicas, fueron procesados se hizo los análisis estadísticos pertinentes para el tipo de estudio como la CHI-cuadrada, O.R., I.C., p. Se utilizaron cuadros estadísticos y representaciones gráficas.

## **CAPITULO III**

### **RESULTADOS**

## RESULTADOS

### CUADRO 01

#### INCIDENCIA DE RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS EN PUERPERAS EN EL HOS PITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL 2004-2005

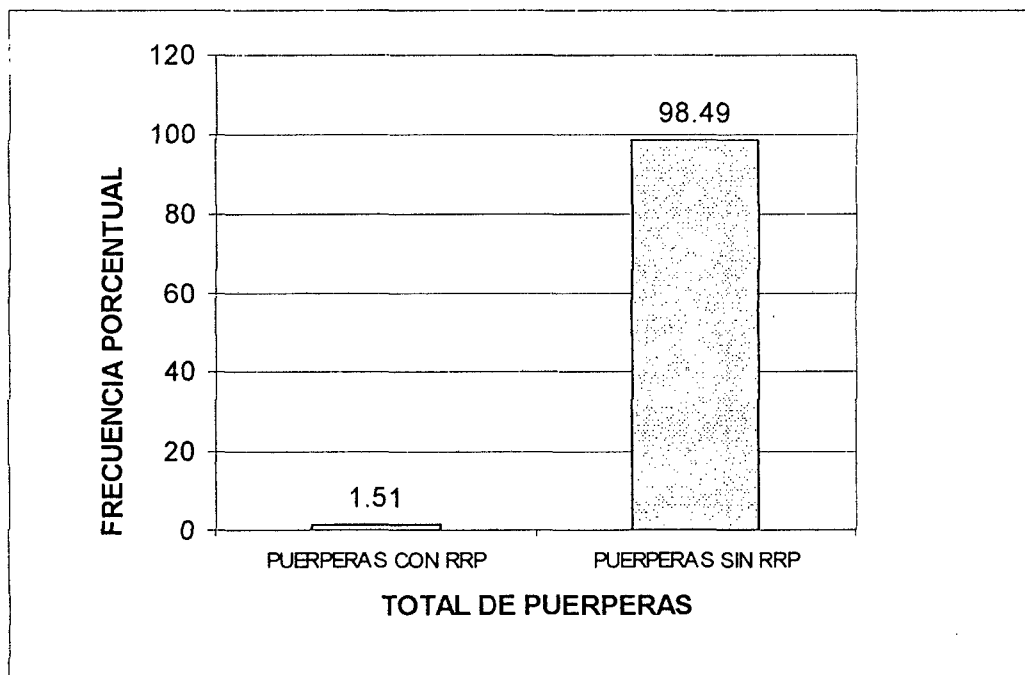
TOTAL DE PUERPERAS	CASOS	
	N	%
PUERPERAS CON RRP	108	1,51
PUERPERAS SIN RRP	7036	98,49
TOTAL	7144	100

RRP: RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS

**FUENTE:** Ficha de recolección de datos, obtenidos de la Base de Datos del Sistema Informático Perinatal 2004-2005 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

**INTERPRETACION:** Durante los dos años de estudio se atendieron en total 7144 partos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, de los cuales 108 pacientes presentaron retención de restos placentarios y 7036 pacientes puérperas sin retención de restos placentarios. La incidencia de retención de restos placentarios es de 1.51% en el en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el 2004 y 2005.

**GRAFICO 01**  
**FRECUENCIA DE LAS PACIENTES RETENCION DE**  
**RESTOS PLACENTARIOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO**  
**UNANUE DE TACNA 2004-2005**



RRP: RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS

**CUADRO 02**  
**FRECUENCIA DE LAS PACIENTES Y EL RIESGO DE**  
**RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS (ODDS**  
**RATIO) SEGÚN SU GRUPO ETÁREO EN EL HOSPITAL**  
**HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2004-2005**

EDAD	CASO		CONTROL		O.R.	I.C. 95 %	p
	N	%	N	%			
<14	1	0.93	1	0.89	1.03	0.06-16.7	>0.05
15-20	24	22.22	31	27.68	0.75	0.40-1.38	>0.05
21-25	32	29.63	41	36.61	0.73	0.41-1.28	>0.05
26-30	21	19.44	21	18.75	2.01	0.93-4.32	>0.05
31-35	13	12.04	12	10.71	1.14	0.49-2.62	>0.05
>36	17	15.74	6	5.36	3.3	1.24-8.62	>0.02
TOTAL	108	100	112	100			

O.R.= Odds Ratio

I.C. = Intervalo De Confianza

p= Nivel De Significanci

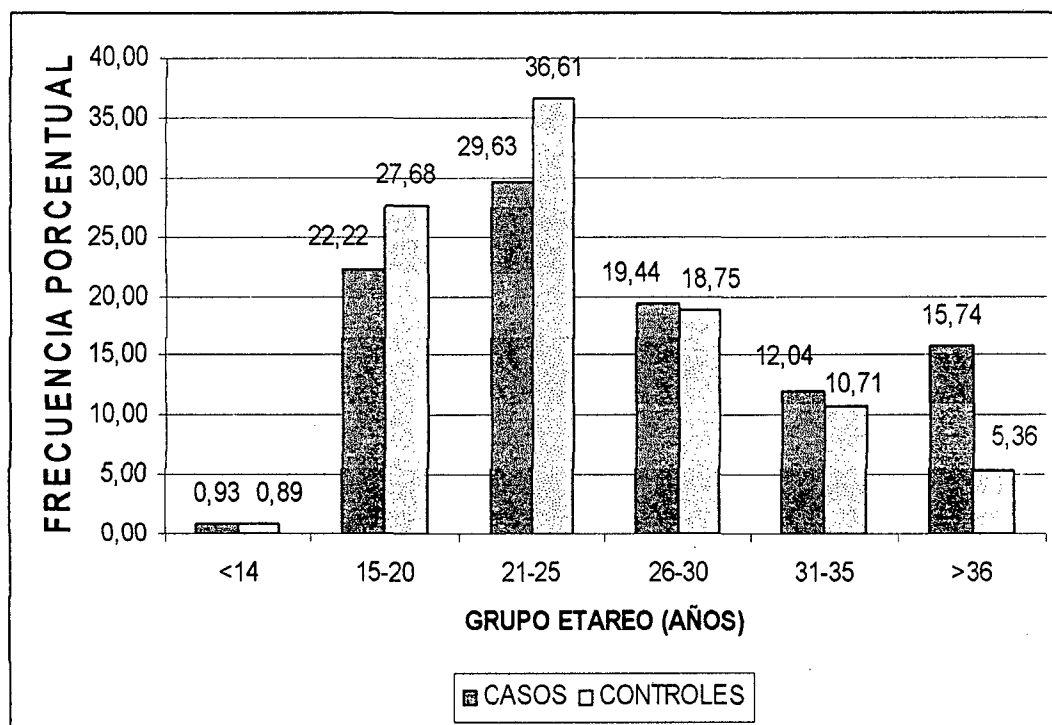
**FUENTE:** Ficha de recolección de datos, obtenidos de Historia Clínica y Base de Datos del Sistema Informático Perinatal 2004-2005 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

**INTERPRETACION:** El grupo etáreo más representado fue el de 21-25 años con una frecuencia del 29.63% para el grupo de casos y 36.61% para el grupo control. El cuadro también presenta la posibilidad o riesgo de retención de restos placentarios (Odds ratio) según los grupos etéreo, evidenciando un incremento del riesgo en el grupo de >36 años con O.R.=3.36, con significancia estadística ( $p>0.02$ ).



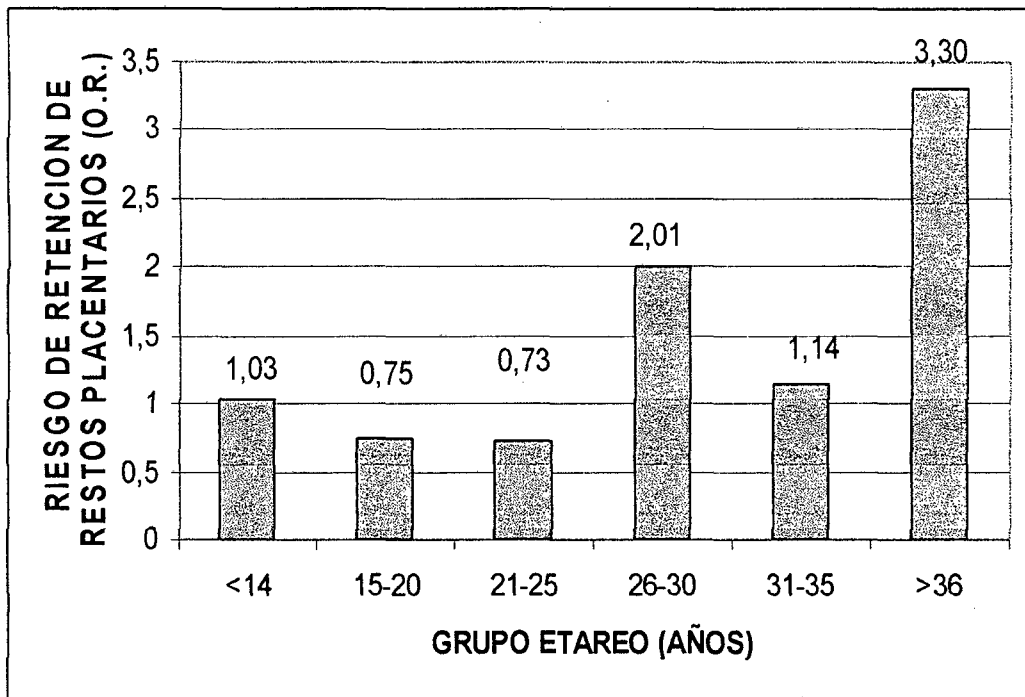
## GRAFICO 02

FRECUENCIA DE LAS PACIENTES SEGÚN SU GRUPO ETÁREO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2004-2005



**GRAFICO 03**

**RIESGO DE RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS (ODDS RATIO) SEGUN GRUPO ETAREO DE LAS PACENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2004-2005**



O.R. = Odds Ratio

**CUADRO 03**

**FRECUENCIA DE LAS PACIENTE Y EL RIESGO DE RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS (ODDS RATIO) SEGÚN EL CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL PERIODO 2004-2005**

CONTROL PRENATAL	CASO		CONTROL		O.R.	I.C. 95%	p
	N	%	N	%			
SIN CONTROL	16	14.81	7	6.25	2.06	1.03-6.62	<0.05
<4	19	17.59	14	12.5	1.49	0.70-3.16	>0.05
4-6	29	26.85	31	27.68	0.96	0.53-1.74	>0.05
>6	44	40.74	60	53.57	0.59	0.35-1.02	>0.05
TOTAL	108	100	112	100			

O.R. = Odds Ratio

I.C. = Intervalo De Confianza

p = Nivel De Significancia

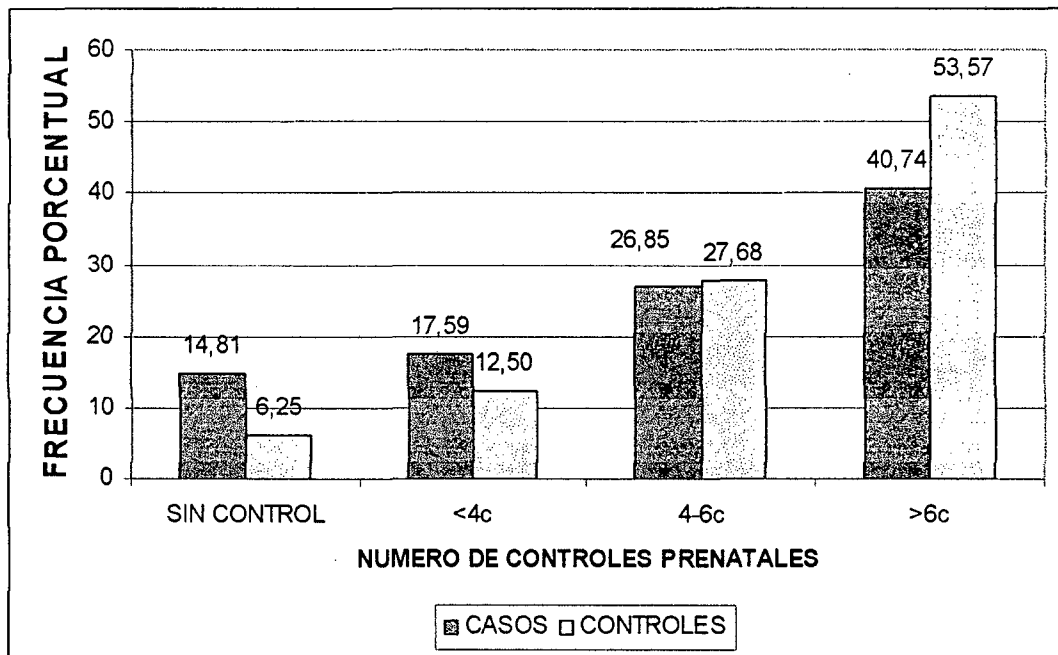
**FUENTE:** Ficha de recolección de datos, obtenidos de Historia Clínica y Base de Datos del Sistema Informático Perinatal 2004-2005 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

**INTERPRETACIÓN:**

La mayoría de las pacientes del Grupo de casos y controles tuvo > 6 controles (40.74% y 53.57%) respectivamente. Se demuestra un incremento leve del riesgo de retención de restos placentarios en la pacientes sin control prenatal, (Odds ratio) 2.06 (p<0.05).

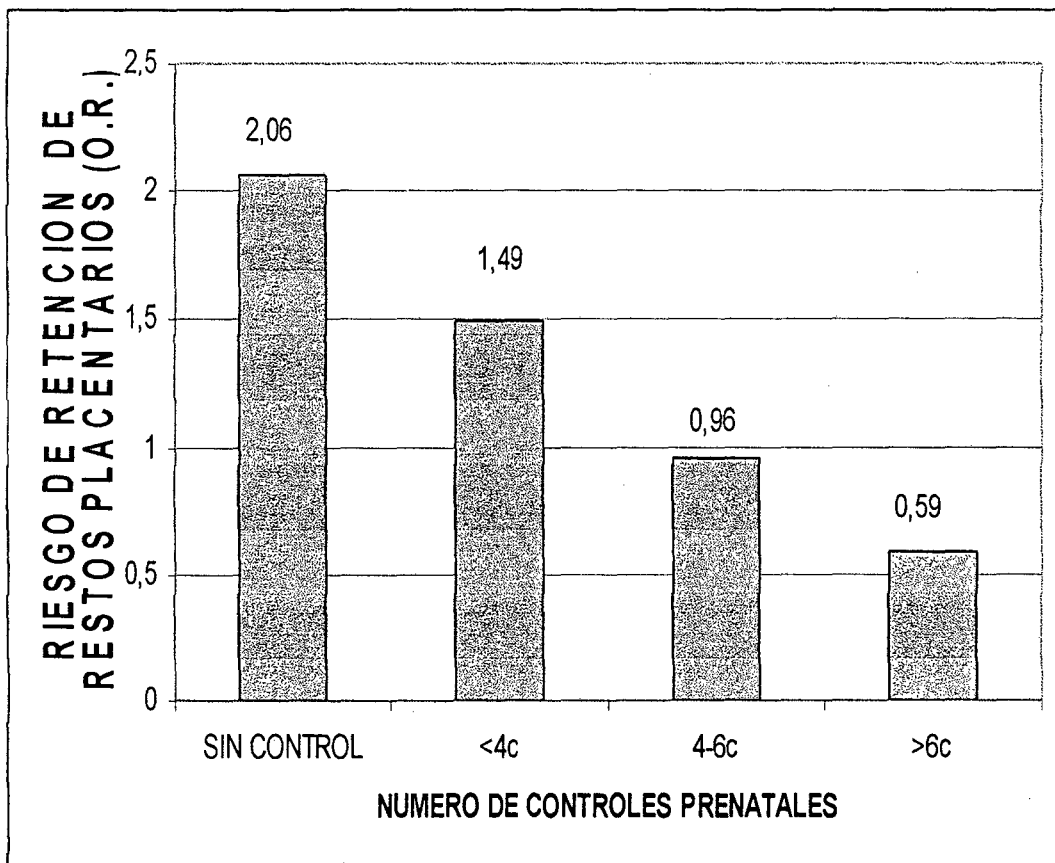
### GRAFICO 04

#### FRECUENCIA DE LAS PACIENTES SEGÚN CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2004-2005



**GRAFICO 05**

**RIESGO DE RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS (ODDS RATIO) SEGÚN EL CONTROL PRENATAL EN PUERPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL PERIODO 2004-2005**



**CUADRO 04**

**FRECUENCIA DE LAS PACIENTES Y EL RIESGO DE RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS (ODDS RATIO) SEGÚN SU ESTADO CIVIL EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL PERIODO 2004-2005**

ESTADO CIVIL	CASOS		CONTROL		TOTAL	O.R.	I.C. 95%	P
	N	%	N	%				
CASADA	12	11.1	18	16.1	30	0.65	0.29-1.43	>0.05
CONVIVIENTE	70	64.8	77	68.8	147	0.84	0.47-1.47	>0.05
SOLTERA	26	24.1	17	15.2	43	1.77	0.89-3.49	>0.05
<b>TOTAL</b>	<b>108</b>	<b>100</b>	<b>112</b>	<b>100</b>	<b>220</b>			

O.R. = Odds Ratio

I.C. = Intervalo De Confianza

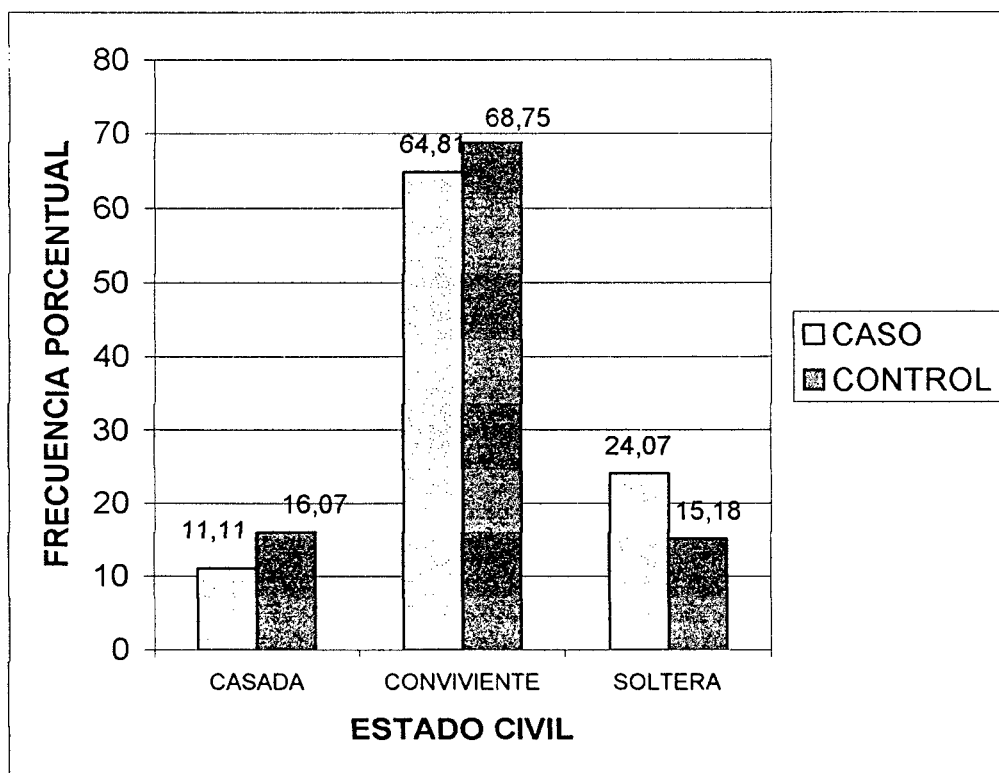
p= Nivel De Significancia

**FUENTE:** Ficha de recolección de datos, obtenidos de Historia Clínica y Base de Datos del Sistema Informático Perinatal 2004-2005 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

**INTERPRETACIÓN:** El cuadro presenta la frecuencia de las pacientes y riesgo de retención de restos placentarios según el estado civil, se encontró que la frecuencia porcentual fue similar en el grupo de casos y grupo control. La mayoría de casos y controles fueron convivientes en 64.8% y 68.8% respectivamente. Las casadas, convivientes y solteras presentan un O.R. alrededor de 1 (0.65, 0.84 y 1.77), por lo tanto el estado civil no se presenta como factor de riesgo asociado a la retención de restos placentarios.

## GRAFICO 06

### FRECUENCIA DE LAS PACIENTES SEGÚN EL ESTADO CIVIL EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2004-2005



**CUADRO 05**

**FRECUENCIA DE LAS PACIENTES Y EL RIESGO DE RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS (ODDS RATIO) SEGÚN GRADO DE INSTRUCCION EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL PERIODO 2004-2005**

GRADO DE INSTRUCCION	CASOS		CONTROL		TOTAL	O.R.	I.C. 95%	p
	N	%	N	%				
NINGUNO	1	0,93	0	0	1	0		
PRIMARIA	18	16,7	19	17	37	0,98	0.48-1.98	>0.05
SECUNDARIA	63	58,3	77	68,8	139	0,63	0.36-1.11	>0.05
SUPERIOR	26	24,1	16	14,3	42	1,9	0.95-3.79	>0.05
TOTAL	108	100	112	100	220			

O.R Odds Ratio

I.C. = Intervalo De Confianza

p= Nivel De Significancia

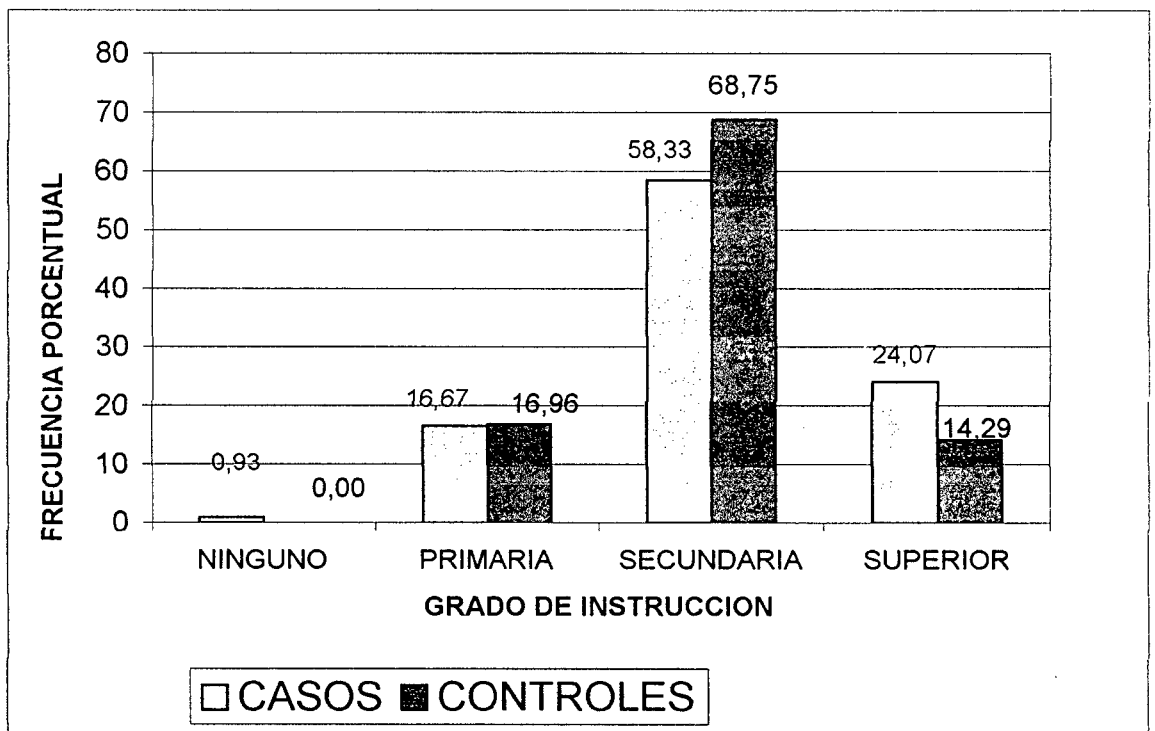
**FUENTE:** Ficha de recolección de datos, obtenidos de Historia Clínica y Base de Datos del Sistema Informático Perinatal 2004-2005 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

**INTERPRETACIÓN:** El cuadro nos presenta la distribución de pacientes según el grado de instrucción, en ambos grupos la mayoría fueron mujeres con educación secundaria, 58.3% para el grupo de los casos y 68.8% para el grupo control. El O.R. de los diferentes grados de instrucción (sin instrucción, primaria, secundaria y superior) oscila entre 0.63 y 1.9, mostrando una variación mínima que nos indican que el grado de instrucción no es factor de riesgo asociado a la retención de restos placentarios.



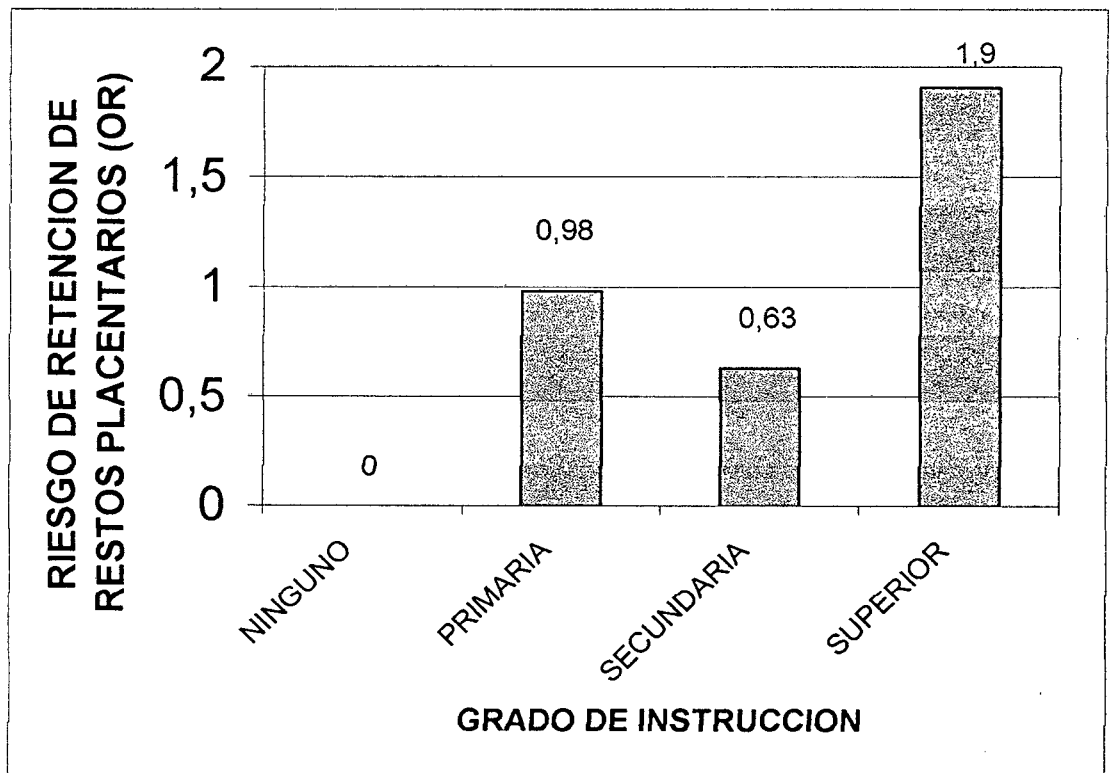
### GRAFICO 07

## FRECUENCIA DE LAS PACIENTES SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCIÓN EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2004-2005



**GRAFICO 08**

**RIESGO DE RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS (ODDS RATIO) SEGUN GRADO DE INSTRUCCION DE LAS PACENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2004-2005**



**CUADRO 06**

**FRECUENCIA DE LAS PACIENTES Y EL RIESGO DE RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS (ODDS RATIO) SEGÚN LA PARIDAD EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2004-2005**

PARIDAD	CASOS		CONTROL		TOTAL	O.R.	I.C. 95%	p
	N	%	N	%				
NULIPARA	52	48,1	50	44,6	102	1,15	0.67-1.95	>0.05
PRIMIPARA	27	25	37	33	64	0,67	0.37-1.21	>0.05
MULTIPARA	25	23,1	23	20,5	48	1,16	0.61-2.21	>0.05
GRAN MULTIPARA	4	3,7	2	1,79	6	2,11	0.37-11.79	>0.05
TOTAL	108	100	112	100	220			

O.R. Odds Ratio

I.C. = Intervalo De Confianza

p= Nivel De Significancia

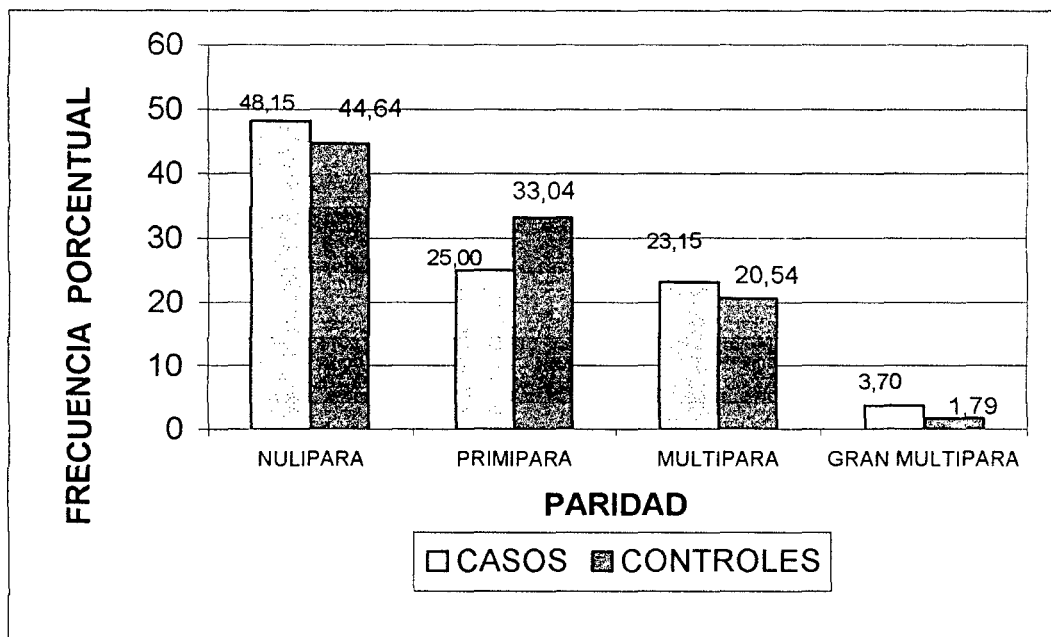
**FUENTE:** Ficha de recolección de datos, obtenidos de Historia Clínica y Base de Datos del Sistema Informático Perinatal 2004-2005 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

**INTERPRETACIÓN:**

El cuadro nos presenta la frecuencia de las pacientes de acuerdo al antecedente de partos previos, el 48.1% de los casos y 44.6% de los controles eran nulíparas, y apenas el 3.7% de los casos con el 1.79% de los controles eran pacientes gran multíparas. Se demuestra un incremento del riesgo de retención de restos placentarios conforme aumenta el número de partos previos, (Odds ratio) desde 1.15 para las nulíparas hasta 2.11 para las gran multíparas ( $p < 0.05$ ) pero estadísticamente no significativo.

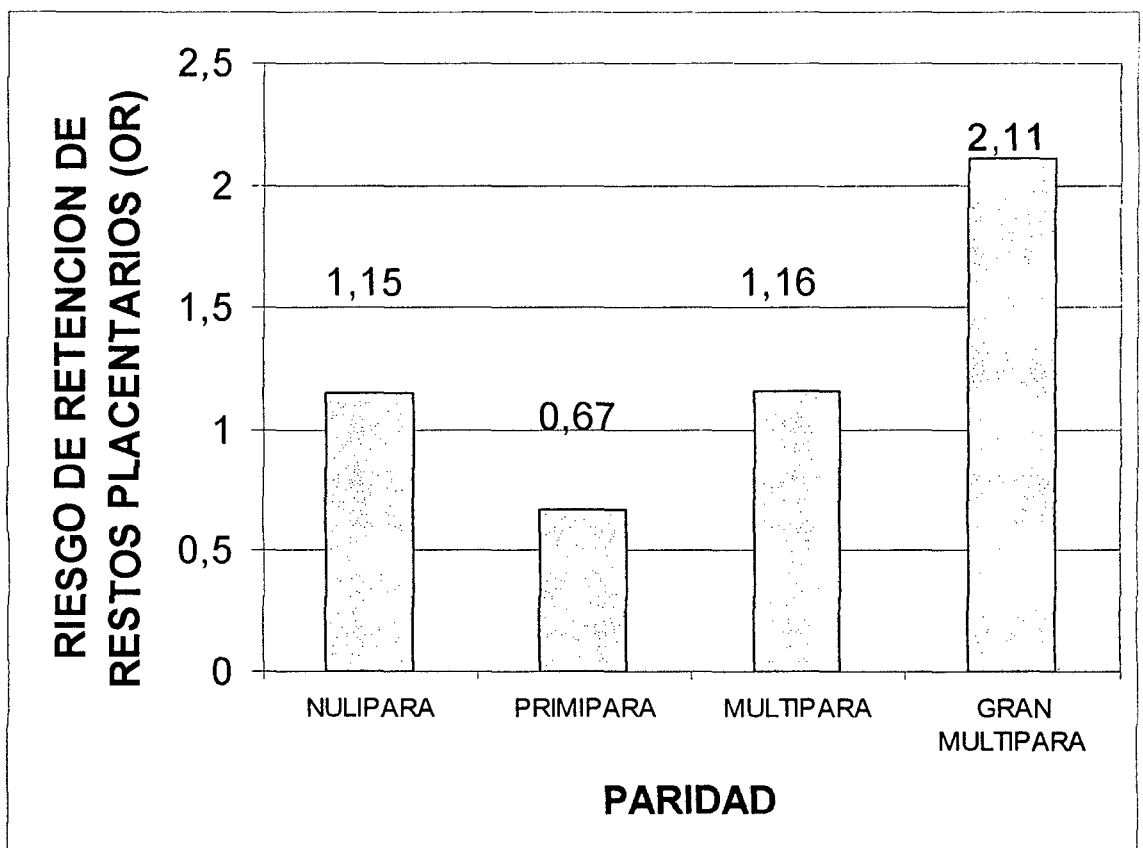
### GRAFICO 09

## FRECUENCIA DE LAS PACIENTES SEGÚN LA PARIDAD EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2004-2005



### GRAFICO 10

**RIESGO DE RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS  
(ODDS RATIO) SEGUN PARIDAD DE LAS PACENTES  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE  
TACNA 2004-2005**



**CUADRO 07**

**FRECUENCIA DE LAS PACIENTES Y EL RIESGO DE RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS (ODDS RATIO) SEGÚN EL NUMERO DE GESTACIONES EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA**

**2004-2005**

NUMERO DE GESTACIONES	CASOS		CONTROL		TOTAL	O.R.	I.C. 95%	p
	N	%	N	%				
CERO	51	47,2	50	44,6	101	1,11	0.65-1.88	>0.05
UNO	23	21,3	29	25,9	52	0,77	0.41-1.44	>0.05
DOS	20	18,5	18	16,1	38	0,18	0.59-2.39	>0.05
TRES	5	4,63	8	7,14	13	0,69	0.20-1.99	>0.05
CUATRO	2	1,85	4	3,57	6	0,51	0.09-2.84	>0.05
CINCO	4	3,7	2	1,79	6	2,11	0.38-11.79	>0.05
SEIS	2	1,85	1	0,89	3	2,1	0.18-23.44	>0.05
SIETE	1	0,93	0	0	1	0		
Total	108	100	112	100	220			

O.R = Odds Ratio

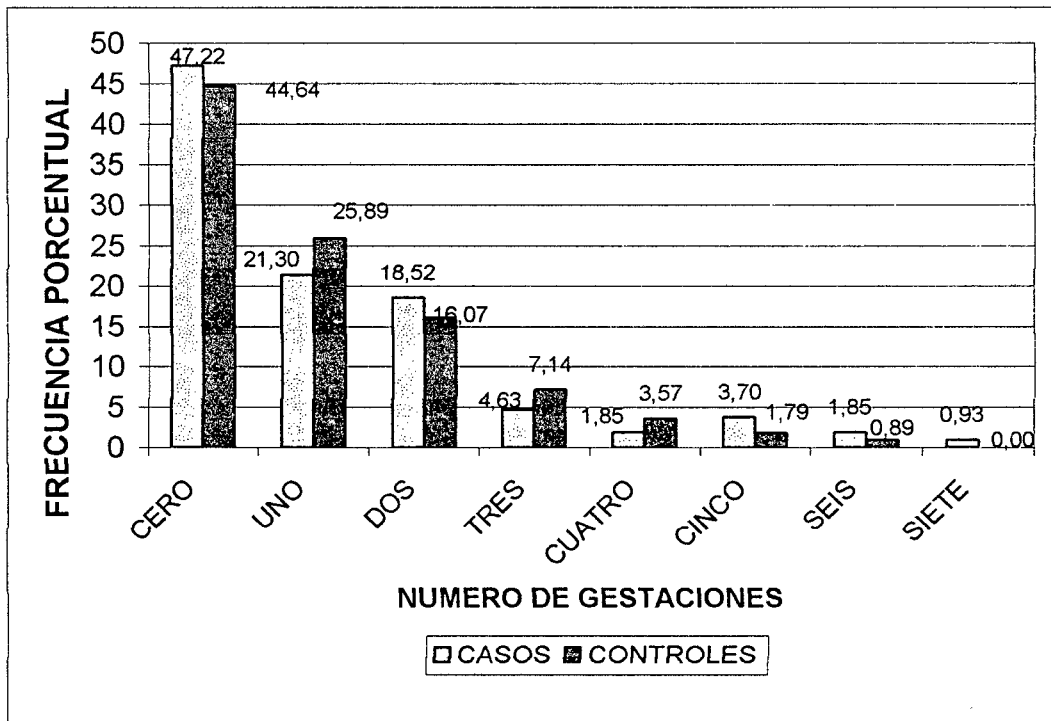
I.C. = Intervalo De Confianza

p= Nivel De Significancia

**INTERPRETACIÓN:** El cuadro nos presenta la distribución de pacientes según el numero de gestaciones, en ambos grupos la mayoría fueron mujeres no tuvieron gestaciones, 47.2% para el grupo de los casos y 44.6% para el grupo control. Las pacientes que tuvieron cinco o más gestaciones presentan un riesgo de retención de restos placentarios OR ( 2.11 Y 2.1) pero estadísticamente no es significativo.

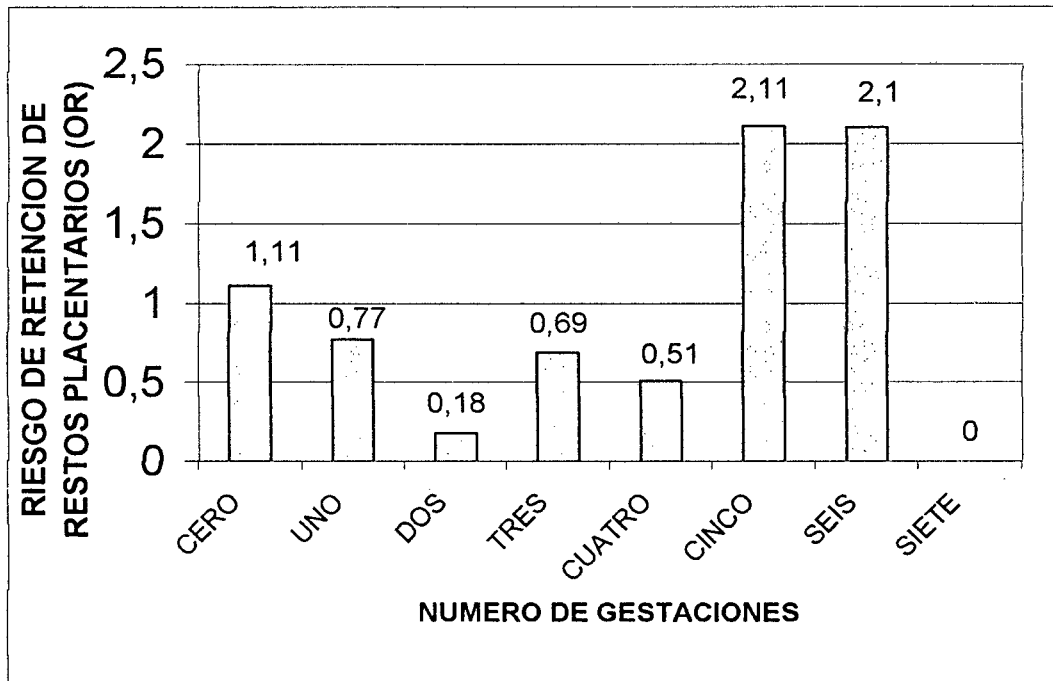
### GRAFICO 11

## FRECUENCIA DE LAS PACIENTES SEGÚN EL NUMERO DE GESTACIONES EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2004-2005



## GRAFICO 12

**RIESGO DE RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS  
(ODDS RATIO) SEGUN EL NUMERO DE GESTACIONES EN  
LAS PACENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPOLITO  
UNANUE DE TACNA 2004-2005**





### CUADRO 08

**FRECUENCIA DE LAS PACIENTES Y EL RIESGO DE RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS (ODDS RATIO) SEGÚN EL ANTECEDENTE DE ABORTO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2004-2005**

ANTECEDENTES DE ABORTO	CASOS		CONTROL		TOTAL	O.R.	I.C. 95%	p
	N	%	N	%				
SI	16	14,8	19	17	35	0,85	0.41-1.75	>0.05
NO	92	85,2	93	83	185	1,17	0.57-2.42	>0.05
Total	108	100	112	100	220			

O.R Odds Ratio

I.C. = Intervalo De Confianza

p= Nivel De Significancia

**FUENTE:** Ficha de recolección de datos, obtenidos de Historia Clínica y Base de Datos del Sistema Informático Perinatal 2004-2005 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

#### INTERPRETACIÓN:

La mayoría de los casos y controles no tenían antecedentes de abortos previos (85.2% y 83%), el no tener abortos previos muestra un riesgo de aborto (Odds Ratio) de 1,17. La frecuencia de pacientes con antecedentes de abortos en el grupo de casos fue 14.8% y en el grupo control 17% ,representando un riesgo de retención de restos placentarios (Odds Ratio) de 0.85 veces para las pacientes con antecedentes de abortos.

### CUADRO 09

FRECUENCIA DE LAS PACIENTES Y EL RIESGO DE RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS (ODDS RATIO) SEGÚN EL ANTECEDENTE DE LEGRADO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2004-2005

ANTECEDENTES DE LEGRADO	CASOS		CONTROL		TOTAL	O.R	I.C. 95%	P
	N	%	N	%				
SI	15	13,9	17	15,2	32	0,9	0.42-1.91	>0.05
NO	93	86,1	95	84,8	188	1,11	0.52-2.35	>0.05
Total	108	100	112	100	220			

O.R Odds Ratio

I.C. = Intervalo De Confianza

p= Nivel De Significancia

**FUENTE:** Ficha de recolección de datos, obtenidos de Historia Clínica y Base de Datos del Sistema Informático Perinatal 2004-2005 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

#### INTERPRETACIÓN:

La mayoría de los casos y controles no tenían antecedentes de legrado (86% y 84.8%), el no tener antecedentes de legrado muestra un riesgo de aborto (Odds Ratio) de 1.11. La frecuencia relativa de pacientes con antecedentes legrado en el grupo de casos fue similar que en el grupo control (13.9% y 15.2% respectivamente) representando un riesgo retención de restos placentarios (Odds Ratio) de 0.9 veces para las pacientes con antecedentes legrado. Lo que nos indican que el antecedente de legrado no es factor de riesgo asociado a la retención de restos placentarios.

**CUADRO 10**

**FRECUENCIA DE LAS PACIENTES Y EL RIESGO DE RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS (ODDS RATIO) SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2004-2005**

EDAD GESTACIONAL	CASOS		CONTROL		TOTAL	O.R.	I.C. 95%	P
	N	%	N	%				
<36	35	32,4	7	6,2	34	7,19	3.02-17.07	<0.00001
37-42	70	64,8	104	92,9	174	0,14	0.06-0.32	<0.00001
MAS DE 42	3	2,8	1	0,9	4	3,17	0.32-30.97	>0.05
TOTAL	108	100	112	100	220			

O.R. Odds Ratio

I.C. = Intervalo De Confianza

p= Nivel De Significancia

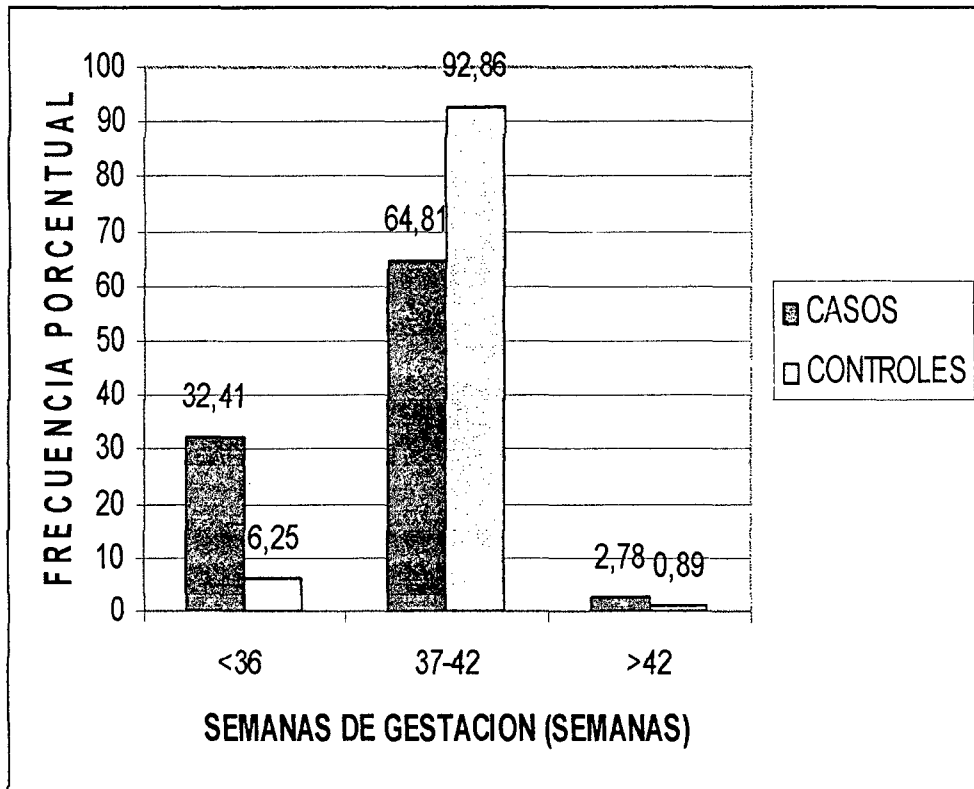
**FUENTE:** Ficha de recolección de datos, obtenidos de Historia Clínica y Base de Datos del Sistema Informático Perinatal 2004-2005 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

**INTERPRETACION:** El cuadro nos presenta la frecuencia de las pacientes según la edad gestacional,, el 64.8% de los casos y 92.9% de los controles eran pacientes con 36-42 semanas de gestación, y además el 32.4% de los casos con el 6.2% de los controles tenían <36 semanas de gestación.

Se demuestra un incremento del riesgo de retención de restos placentarios conforme disminuye la edad gestacional fundamentalmente en el aquellas que tienen <36 semanas de gestación, (Odds ratio) 7,19 (p<0.00001) lo cual es estadísticamente muy significativo.

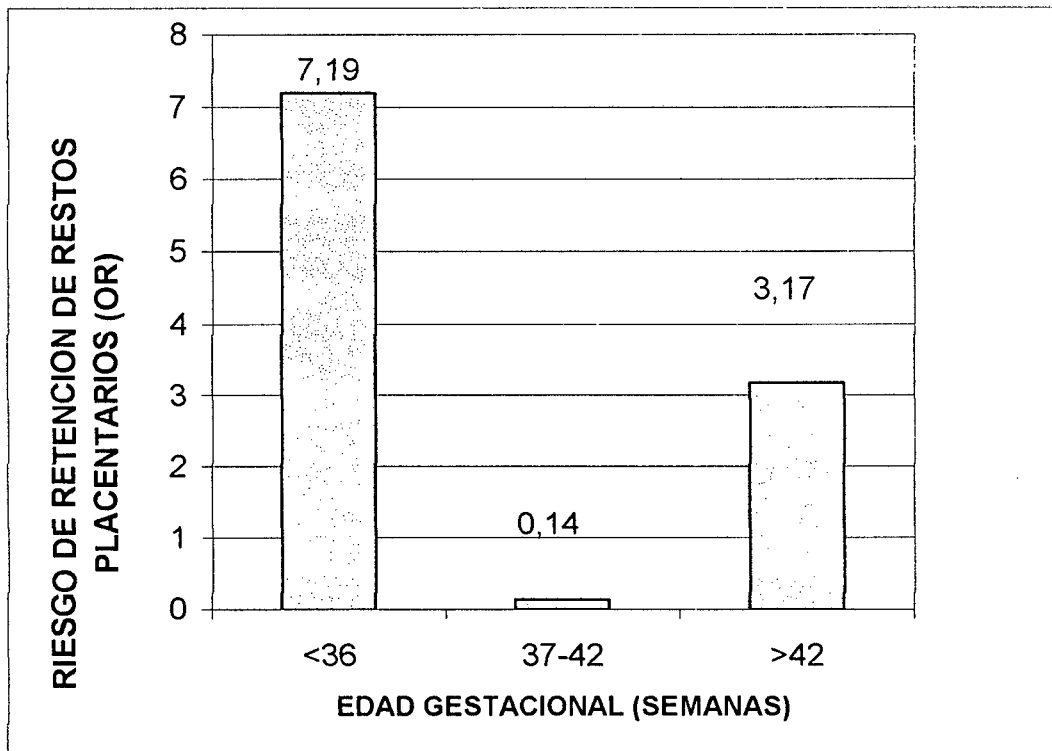
### GRAFICO 13

## FRECUENCIA DE LAS PACIENTES SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2004-2005



## GRAFICO 14

**RIESGO DE RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS  
(ODDS RATIO) SEGUN LA EDAD GESTACIONAL EN LAS  
PACENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPOLITO  
UNANUE DE TACNA 2004-2005**



### CUADRO 11

**FRECUENCIA DE LAS PACIENTES Y EL RIESGO DE RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS (ODDS RATIO) SEGÚNEL MECANISMO DE ALUMBRAMIENTO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2004-2005**

MECANISMO DE ALUMBRAMIENTO	CASOS		CONTROL		TOTAL	O.R.	I.C. 95%	p
	N	%	N	%				
DIRIGIDO	23	21,3	46	41,1	69	0,38	0.21-0.70	<0.005
ESPONTANEO	60	55,6	38	33,9	96	2,43	1.41-4.19	<0.005
NO DETERMINADO	25	23,1	28	25	53	0,9	0.48-1.67	>0.05
Total	108	100	112	100	220			

O.R Odds Ratio

I.C. = Intervalo De Confianza

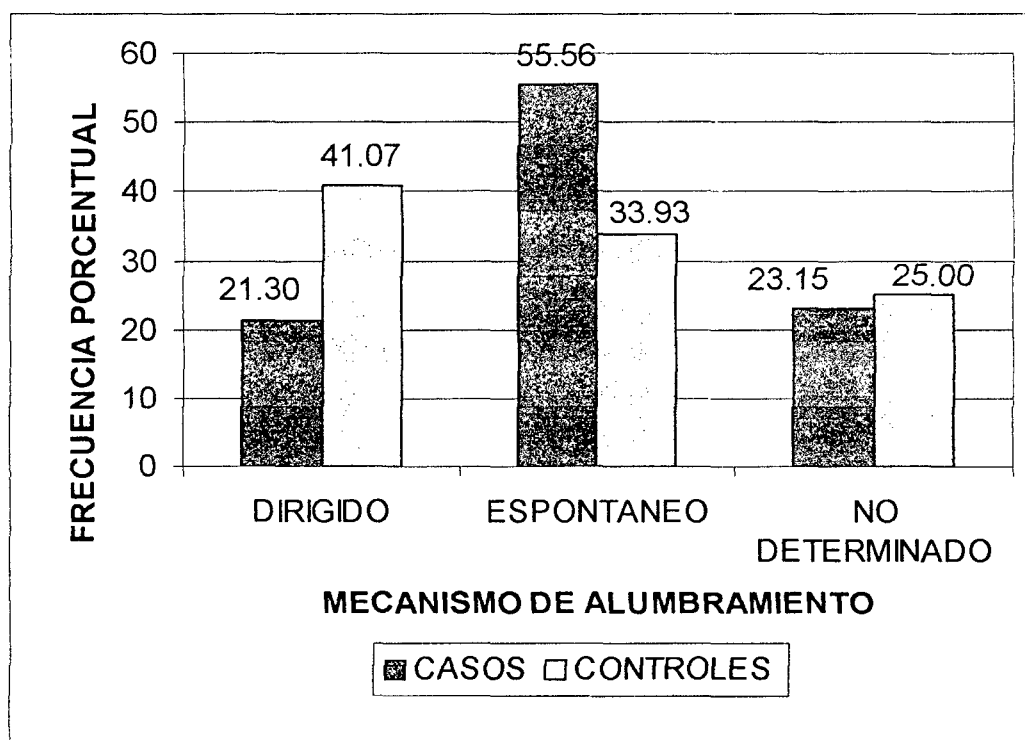
p= Nivel De Significancia

**FUENTE:** Ficha de recolección de datos, obtenidos de Historia Clínica y Base de Datos del Sistema Informático Perinatal 2004-2005 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

**INTERPRETACIÓN:** El cuadro nos presenta la frecuencia de las pacientes según el mecanismo de alumbramiento, el 55.6% de los casos tuvieron un alumbramiento espontáneo y 41.1% de los controles tuvieron un alumbramiento dirigido. Representando un factor protector el mecanismo de alumbramiento dirigido con O.R.= 0,38 y el mecanismo de alumbramiento espontáneo presenta un riesgo de retención de restos placentarios O.R.= 2.43, (p<0.005) estadísticamente significativo.

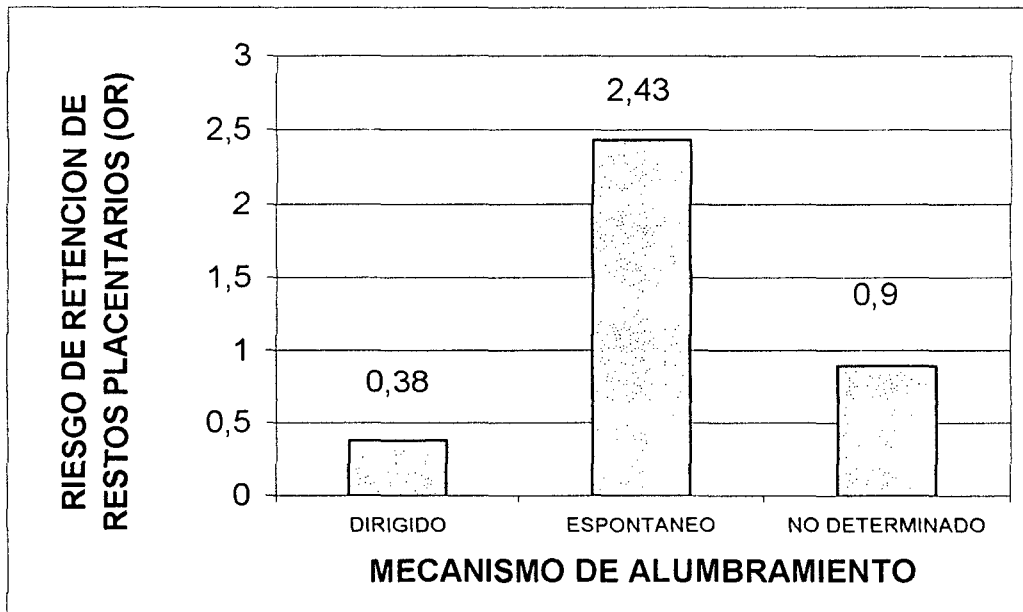
## GRAFICO 15

### FRECUENCIA DE LAS PACIENTES SEGÚN EL MECANISMO DE ALUMBRAMIENTO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2004-2005



## GRAFICO 16

**RIESGO DE RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS  
(ODDS RATIO) SEGUN EL MECANISMO DE  
ALUMBRAMIENTO EN LAS PACENTES ATENDIDAS EN EL  
HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2004-2005**





## CUADRO 12

### FRECUENCIA DE LAS PACIENTES Y EL RIESGO DE RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS (ODDS RATIO) SEGÚN EL PESO DEL RN EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2004-2005

PESO DEL RN	CASO		CONTROL		O.R	I.C. 95%	P
	N	%	N	%			
<1500	19	17,59	3	2,68	7,76	2.22-27.06	<0.0005
1500-2500	11	10,19	4	3,57	3,06	0.94-9.93	>0.05
2500-3500	49	45,37	65	58,04	0,6	0.35-1.02	>0.05
3500-4500	28	25,93	40	35,71	0,63	0.35-1.12	>0.05
>4500	1	0,92	0	0	0		
TOTAL	108	100	112	100			

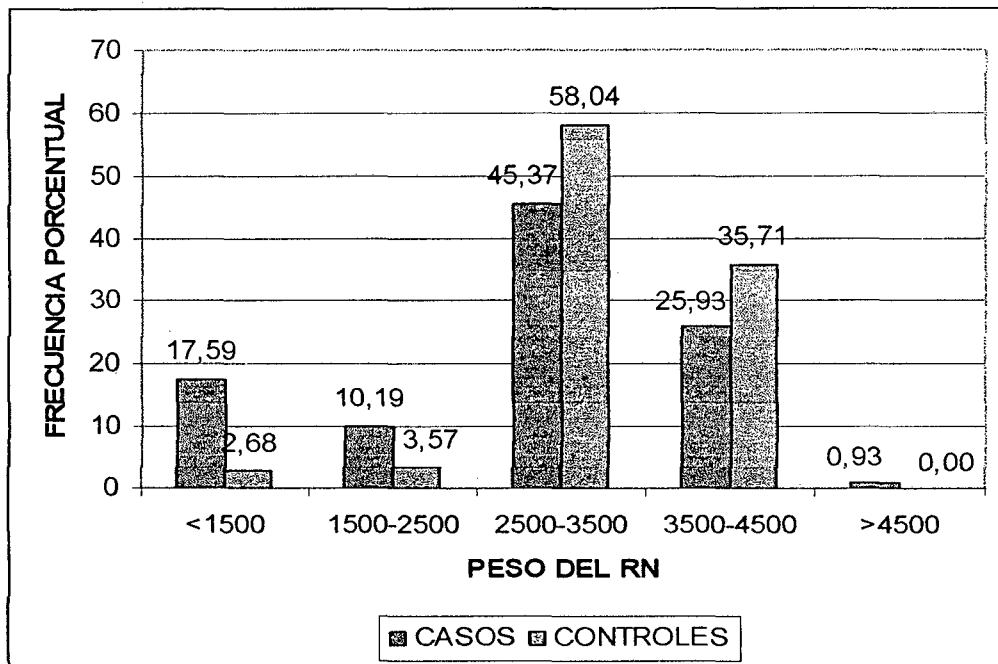
FUENTE: Ficha de recolección de datos, obtenidos de Historia Clínica y Base de Datos del Sistema Informático Perinatal 2004-2005 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

**INTERPRETACIÓN:** El cuadro nos presenta la distribución de pacientes según el peso del RN, en ambos grupos la mayoría de los RN tenían entre 2500-3500 gramos, 45.37% para el grupo de los casos y 58.04% para el grupo control, en los RN < 1500 gramos el 17.59% para el grupo de los casos y el 2.68% para el grupo control.

Se demuestra un incremento del riesgo de retención de restos placentarios conforme disminuye el peso del RN fundamentalmente en el aquellas que tienen < 1500 gramos, (Odds ratio) 7.76 ( $p < 0.0005$ ) lo cual es estadísticamente muy significativo.

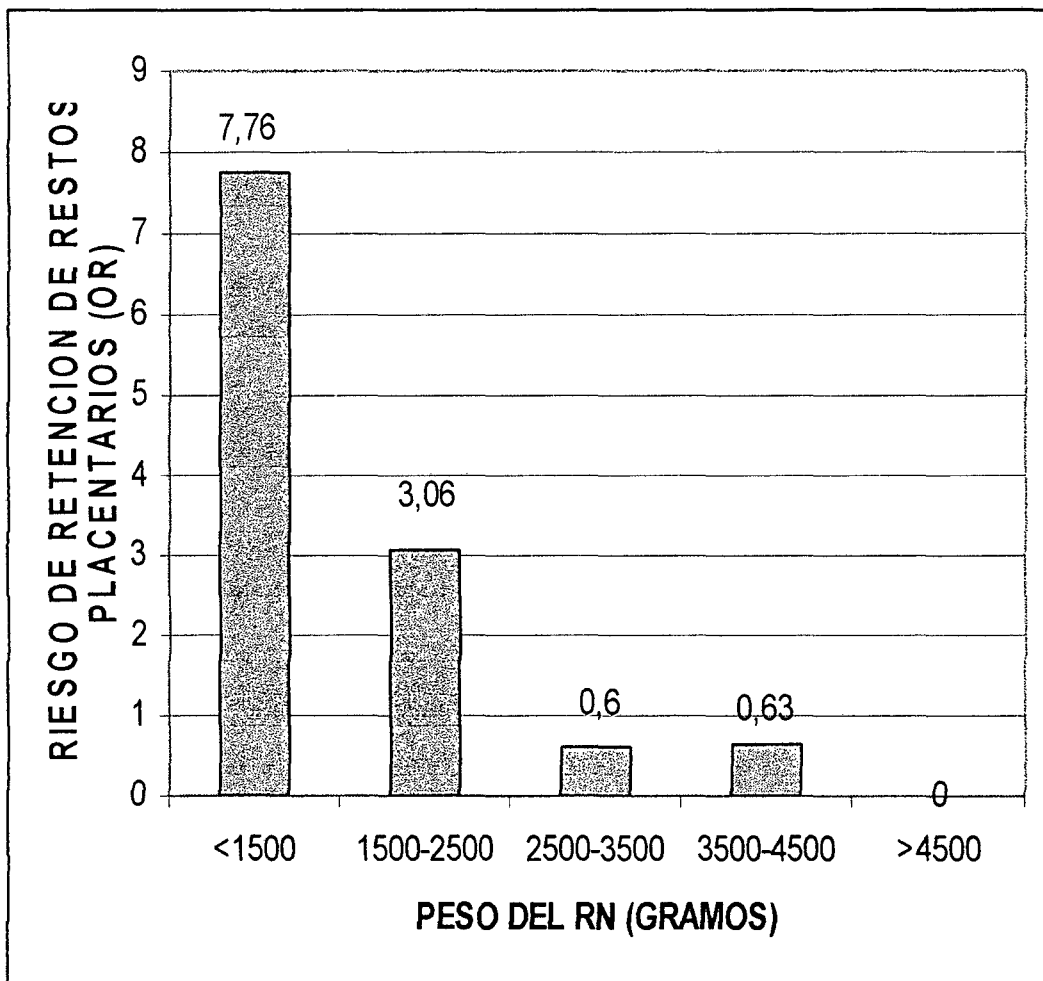
### GRAFICO 17

FRECUENCIA DE LAS PACIENTES SEGÚN PESO DEL RN EN EL  
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2004-2005



**GRAFICO 18**

**RIESGO DE RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS (ODDS RATIO) SEGUN EL PESO DEL RN EN LAS PACENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2004-2005**



### CUADRO 13

FRECUENCIA DE LAS PACIENTES Y EL RIESGO DE RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS (OR) SEGÚN LA DURACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2004-2005

DURACION DEL TRABAJO DE PARTO	CASO		CONTROL		O.R	I.C. 95%	P
	N	%	N	%			
<3H	8	7,41	8	7,14	1,04	0.37-2.88	>0.05
03 a 06Hrs	40	37,04	41	36,61	1,02	0.59-1.76	>0.05
06 a 09Hrs	33	30,56	27	24,11	1,38	0.76-2.51	>0.05
09 a 12Hrs	13	12,04	18	16,07	0,72	0.33-1.54	>0.05
12 a 15Hrs	9	8,33	14	12,5	0,63	0.26-1.53	>0.05
15 a 18Hrs	4	3,70	2	1,79	2,11	0.38-11.79	>0.05
>18Hrs	1	0,93	2	1,79	0,51	0.05-5.75	>0.05
TOTAL	108	100	112	100			

O.R. = Odds Ratio

I.C. =Intervalo De Confianza

p= Nivel De Significancia

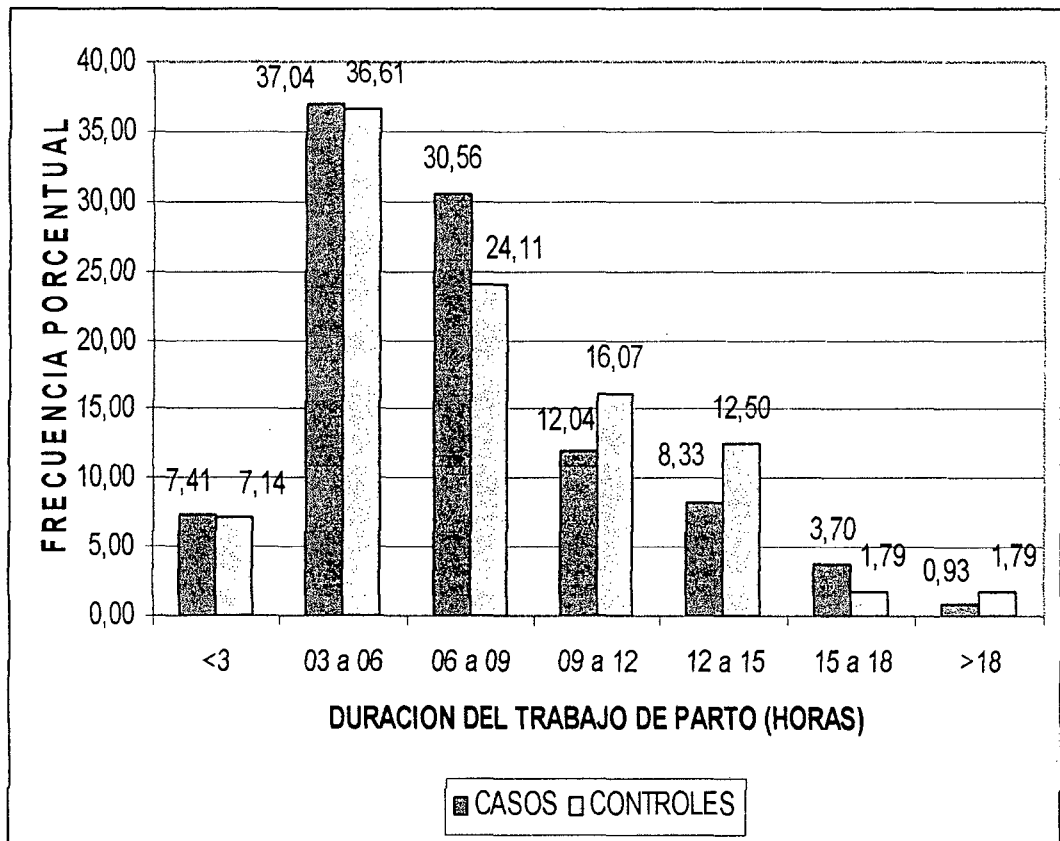
FUENTE: Ficha de recolección de datos, obtenidos de la Historia Clínica y Base de Datos del Sistema Informático Perinatal 2004-2005 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

#### INTERPRETACIÓN:

El cuadro nos presenta la distribución de pacientes la duración del trabajo de parto, en ambos grupos la mayoría tuvo una duración de 3-6 horas, 37.4% para el grupo de los casos y 36.61% para el grupo control. Las pacientes que tuvieron de 15-18 horas de trabajo de parto, presentan un riesgo de retención de restos placentarios OR ( 2.11) pero estadísticamente no es tan significativo.

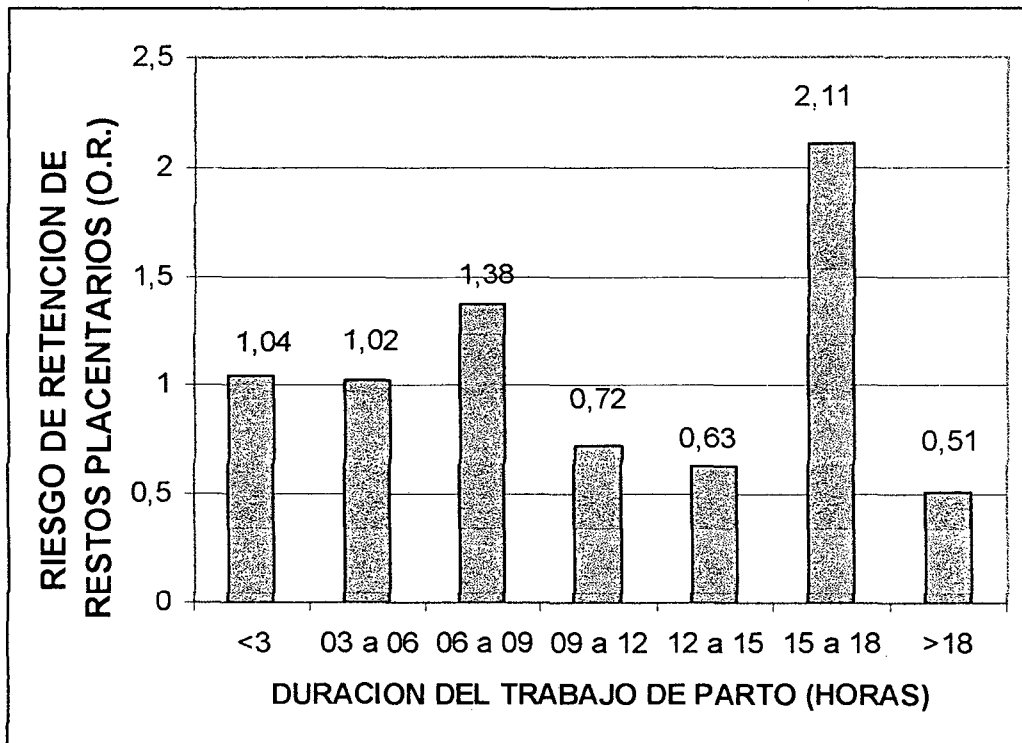
## GRAFICO 19

### FRECUENCIA DE LAS PACIENTES SEGÚN LA DURACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2004-2005



## GRAFICO 20

**RIESGO DE RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS  
(ODDS RATIO) SEGUN LA DURACIÓN DEL TRABAJO DE  
PARTO EN LAS PACENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL  
HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2004-2005**



**CUADRO 14**

**FRECUENCIA DE LAS PACIENTES Y EL RIESGO DE  
RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS (ODDS RATIO)  
SEGÚN EL TIEMPO DE ALUMBRAMIENTO EN EL  
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2004-2005**

TIEMPO DE ALUMBRAMIENTO	CASO		CONTROL		O.R.	I.C. 95%	P
	N	%	N	%			
<5MIN	16	14,81	34	30,36	0,39	0.21-0.78	<0.01
5-15MIN	51	47,22	59	52,68	0,8	0.47-1.37	>0.05
16-30MIN	24	22,22	15	13,39	1,85	0.91-3.75	>0.05
31-45MIN	10	9,26	3	2,68	3,7	0.99-13.86	<0.05
46-60MIN	5	4,63	1	0,89	5,39	0.32-46.90	>0.05
>60MIN	2	1,85	0	0	0		
TOTAL	108	100	112	100			

O.R. = Odds Ratio

I.C. = Intervalo De Confianza

p = Nivel De Significancia

**FUENTE:** Ficha de recolección de datos, obtenidos de la Historia Clínica y Base de Datos del Sistema Informático Perinatal 2004-2005 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

### **INTERPRETACIÓN:**

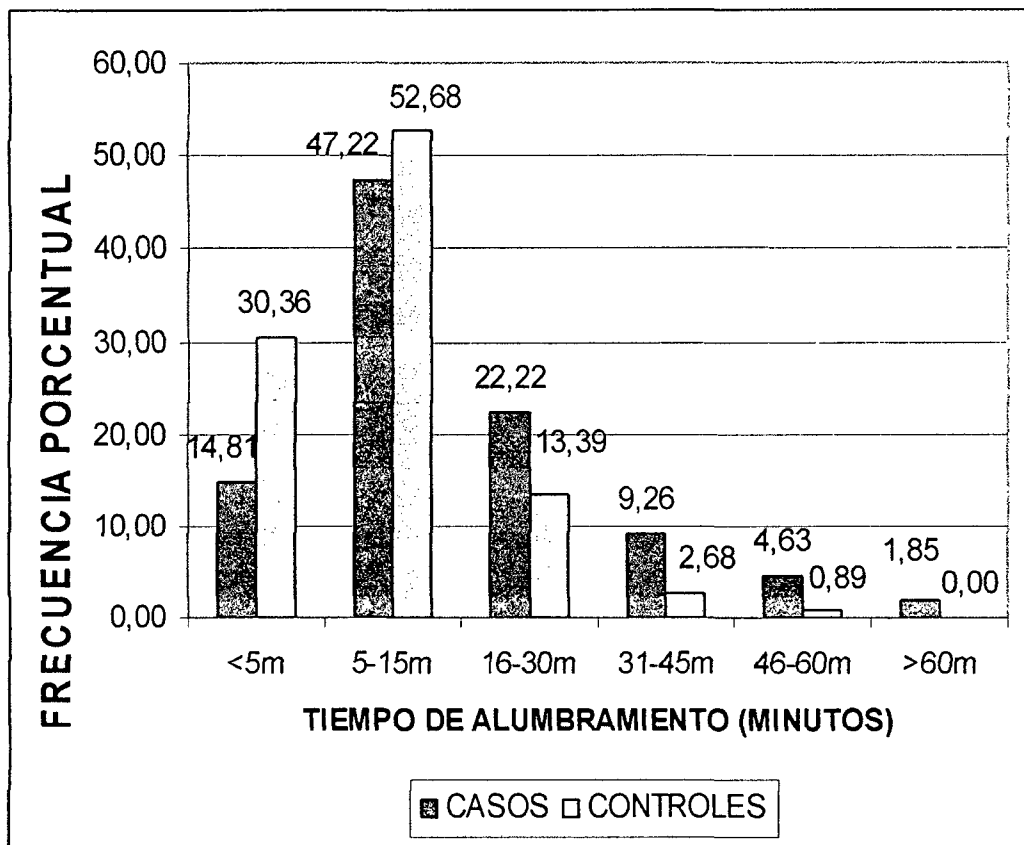
El cuadro nos presenta la distribución de pacientes según el tiempo de alumbramiento, en ambos grupos la mayoría tengan una duración del alumbramiento de 5-15 minutos, 47.22% para el grupo de los casos y 52.68% para el grupo control. Vemos que el riesgo de retención de restos placentarios aumenta conforme va aumentando el tiempo de alumbramiento, evidenciando un incremento del riesgo a partir del grupo de 15-30 minutos con O.R.=1.85, para el grupo de 30-45 minutos O.R.=3.7, y para el grupo de 45-60 minutos con O.R.=5.39.



### GRAFICO 21

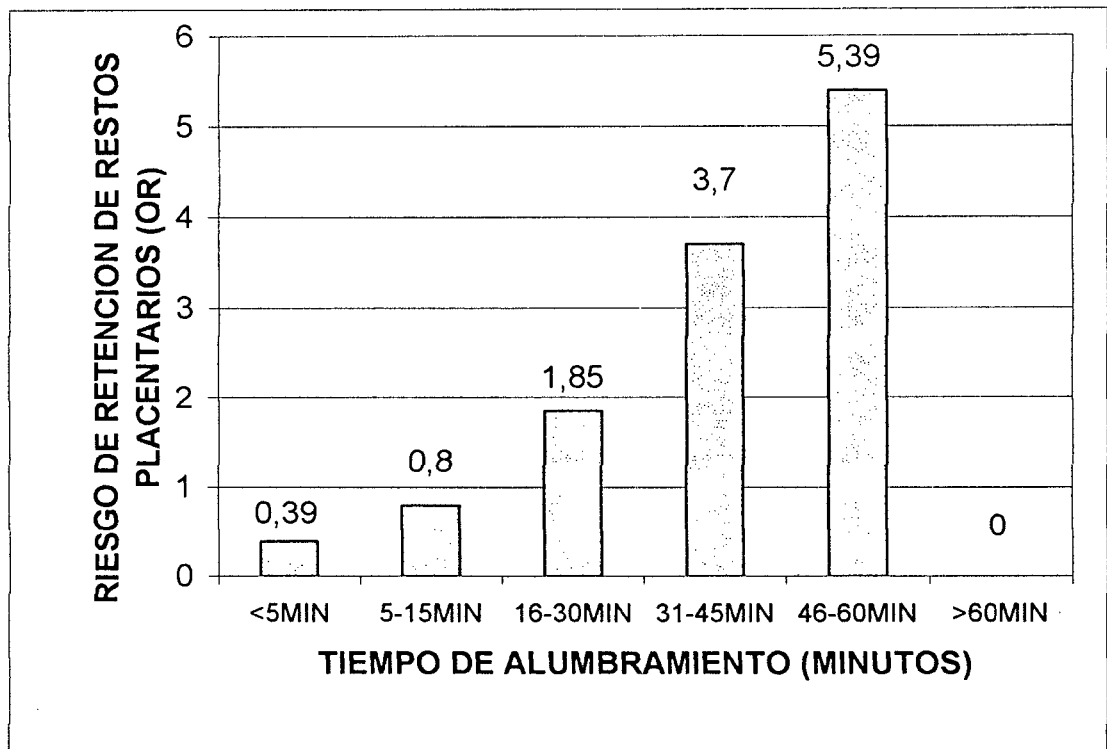
## FRECUENCIA DE LAS PACIENTES SEGÚN EL TIEMPO DE ALUMBRAMIENTO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA

2004-2005



**GRAFICO 22**

**RIESGO DE RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS  
(ODDS RATIO) SEGUN TIEMPO DE ALUMBRAMIENTO EN  
LAS PACENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPOLITO  
UNANUE DE TACNA 2004-2005**



**CUADRO 15**

**FRECUENCIA DE LAS PACIENTES Y EL RIESGO DE RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS (ODDS RATIO) SEGÚN EL TIPO DE ALUMBRAMIENTO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2004-2005**

TIPO DE ALUMBRAMIENTO	CASO		CONTROL		O.R	I.C 95%	P
	N	%	N	%			
SCHULTZE	54	50	97	86,61	0,58	0.37-0.90	0,0109873
DUNCAN	44	40,74	12	10,71	3,8	1.84-8.31	0,0000750
NO DEFINIDO	10	9,26	3	2,68	3,46	0.86-19.97	0,0511315
TOTAL	108	100	112	100			

O.R Odds Ratio

I.C. = Intervalo De Confianza

p= Nivel De Significancia

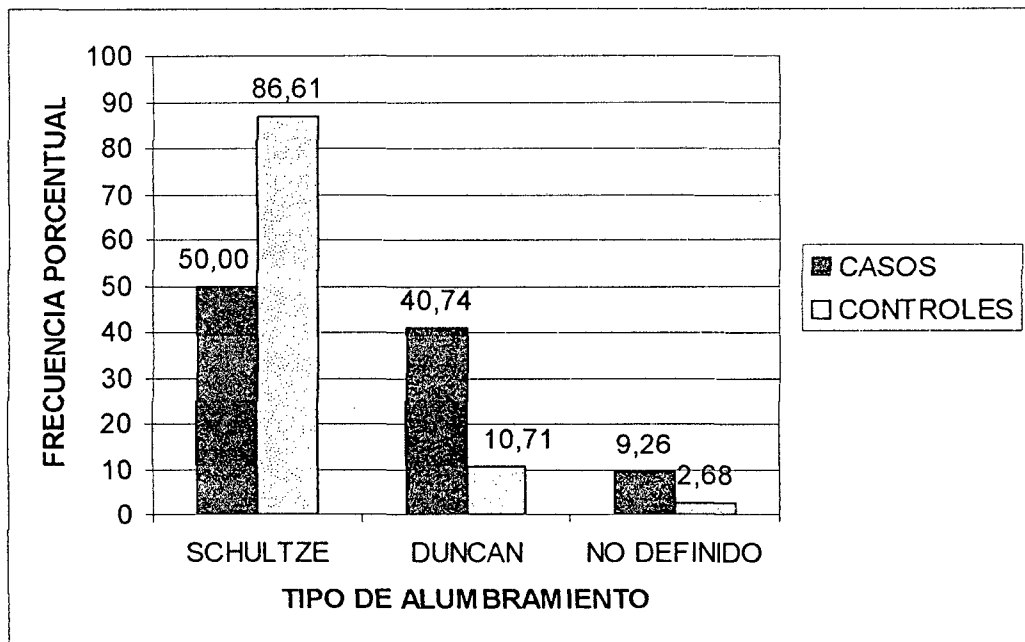
**FUENTE:** Ficha de recolección de datos, obtenidos de la Historia Clínica y Base de Datos del Sistema Informático Perinatal 2004-2005 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

**INTERPRETACIÓN:** El cuadro presenta la frecuencia de las pacientes y riesgo de retención de restos placentarios según el tipo de alumbramiento, se encontró que la mayoría de casos y controles tuvieron el tipo de alumbramiento SCHULTZE en 50% y 86.61% respectivamente.

Se demuestra un incremento del riesgo de retención de restos placentarios en el alumbramiento tipo DUNCAN, (Odds ratio) 3.8 ( $p < 0.000075$ ) lo cual es estadísticamente muy significativo.

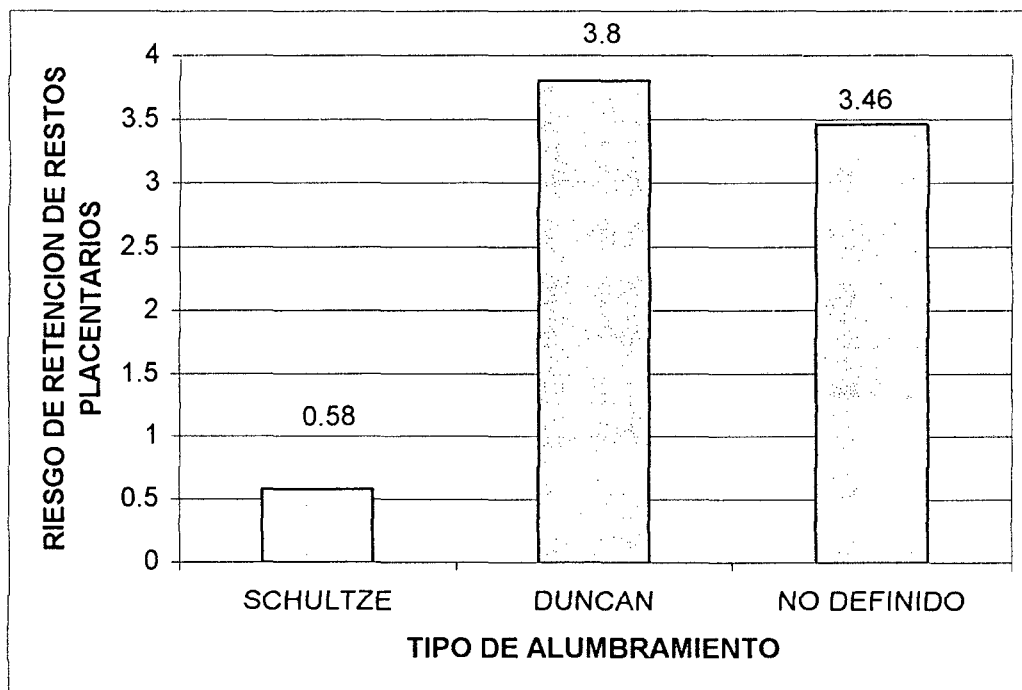
### GRAFICO 23

## FRECUENCIA DE LAS PACIENTES SEGÚN EL TIPO DE ALUMBRAMIENTO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2004-2005



## GRAFICO 24

**RIESGO DE RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS  
(ODDS RATIO) SEGUN EL TIPO DE ALUMBRAMIENTO EN  
LAS PACENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPOLITO  
UNANUE DE TACNA 2004-2005**



**CUADRO 16**

**FRECUENCIA DE LAS PACIENTES Y EL RIESGO DE RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS (ODDS RATIO) SEGÚN EL PROFESIONAL QUE ATENDIO EL PARTO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2004-2005**

PROFESIONAL QUE ATENDIO EL PARTO	CASO		CONTROL		O.R	I.C. 95%	P
	N	%	N	%			
MEDICO	2	1,85	1	0,89	2,07	0,11-123,44	0,5453
OBSTETRIZ	78	72,22	89	79,46	0,91	0,60-1,39	0,6419
MED+OBST	20	18,52	4	3,57	5,19	1,65-21,42	0,00145
MED + IM	1	0,93	1	0,89	1,04	0,01-82,12	0,9795
OBST + IM	6	5,56	5	4,46	1.32	0,73-28,71	0,05641
OBST + IO	1	0,93	12	10,71	0.23	0,01-10,12	0,5876
TOTAL	108	100	112	100			

O.R. = Odds Ratio

MED: Medico

I.C. = Intervalo De Confianza

IM: Interno De Medicina

p = Nivel De Significancia

IO: Interna De Obstetricia

FUENTE: Ficha de recolección de datos, obtenidos de la Historia Clínica y Base de Datos del Sistema Informático Perinatal 2004-2005 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

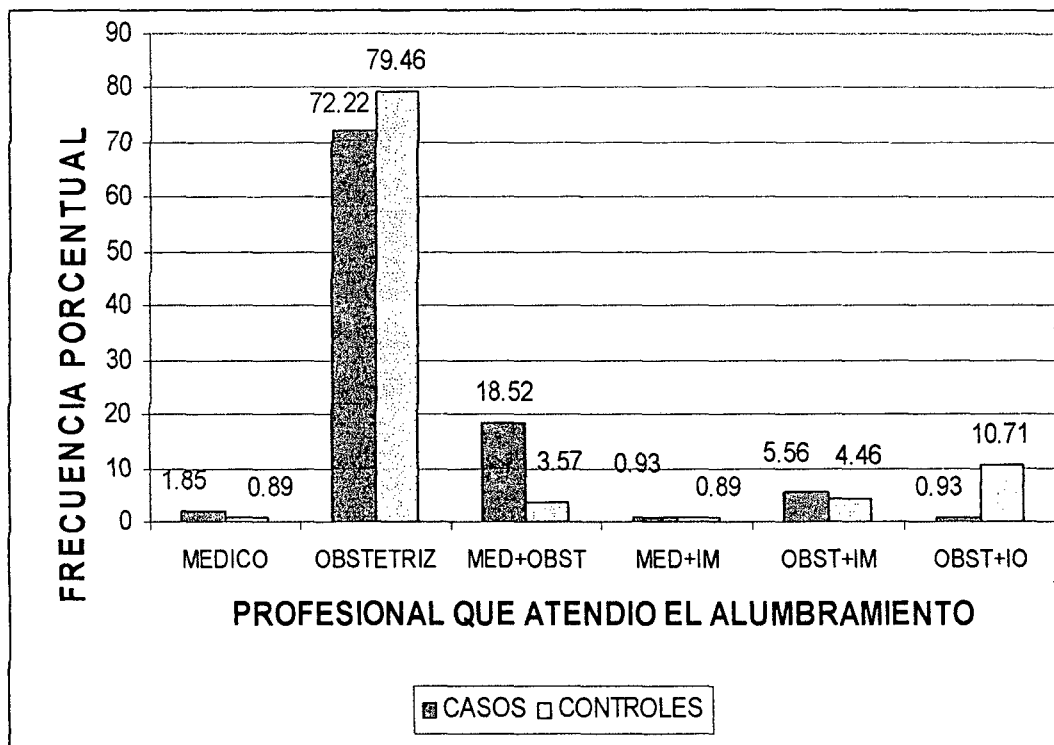
### **INTERPRETACION:**

El cuadro presenta la frecuencia de las pacientes y riesgo de retención de restos placentarios según el profesional que atendió, se encontró que la mayoría de casos y controles lo atendió la obstetriz en 72.22% y 79,46% respectivamente.

Se demuestra un incremento del riesgo de retención de restos placentarios las pacientes atendidas por medico y obstetriz , (Odds ratio) 5.19 ( $p < 0,00145$ ) lo cual es estadísticamente significativo, pero debemos recordar que probablemente esto se deba a que cuando se presento retención de restos placentarios la obstetriz haya optado por la participación del médico.

**GRAFICO 25**

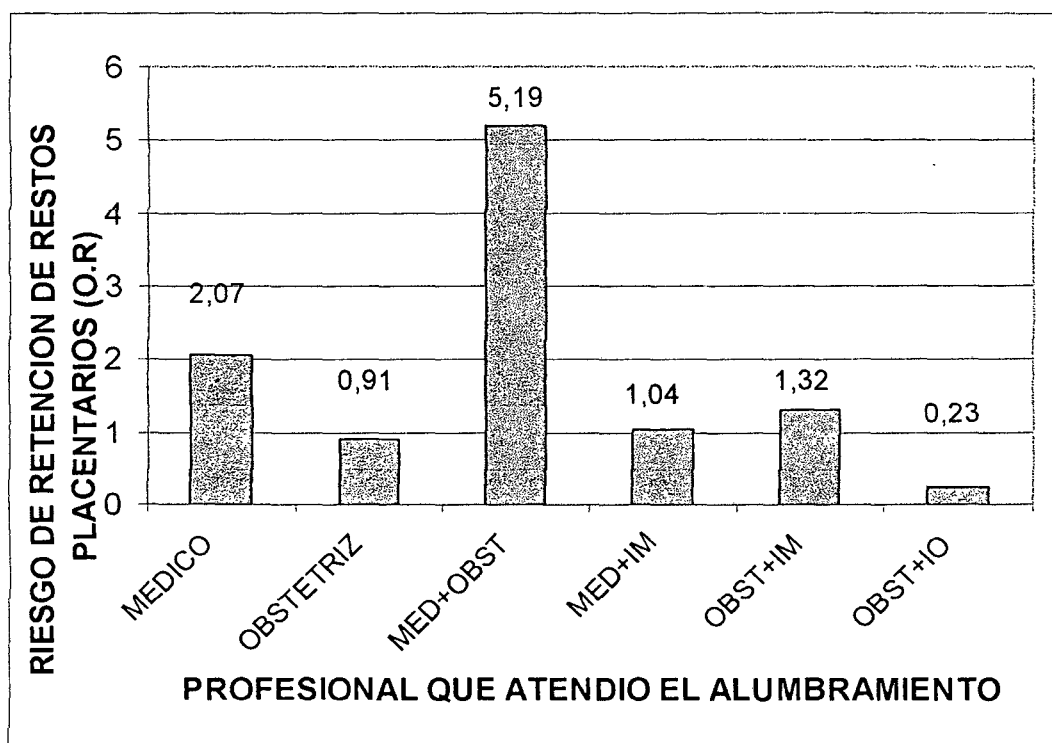
**FRECUENCIA DE LAS PACIENTES SEGÚN EL PROFESIONAL QUE ATENDIO EL PARTO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2004-2005**





## GRAFICO 26

**RIESGO DE RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS  
(ODDS RATIO) SEGUN EL PROFESIONAL QUE ATENDIO  
EL PARTO EN LAS PACENTES ATENDIDAS EN EL  
HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2004-2005**



IM: INTERNO DE MEDICINA

IO: INTERNO DE OBSTETRICIA

**CUADRO 17**

**FRECUENCIA DE LAS PACIENTES Y EL RIESGO DE RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS (ODDS RATIO) SEGÚN EL ANTECEDENTE DE RPM EN PUERPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2004-2005**

RPM	CASO		CONTROL		O.R.	I.C. 95 %	p
	N	%	N	%			
SI	8	7.4	2	1.8	4.4	0.91-21..21	<0.05
NO	100	92.6	110	98.2	0.22	0.047-1.09	<0.05
TOTAL	108	100	112	100			

RPM: Ruptura Prematura de Membranas

I.C. = Intervalo De Confianza

O.R. = Odds Ratio

p = Nivel De Significancia

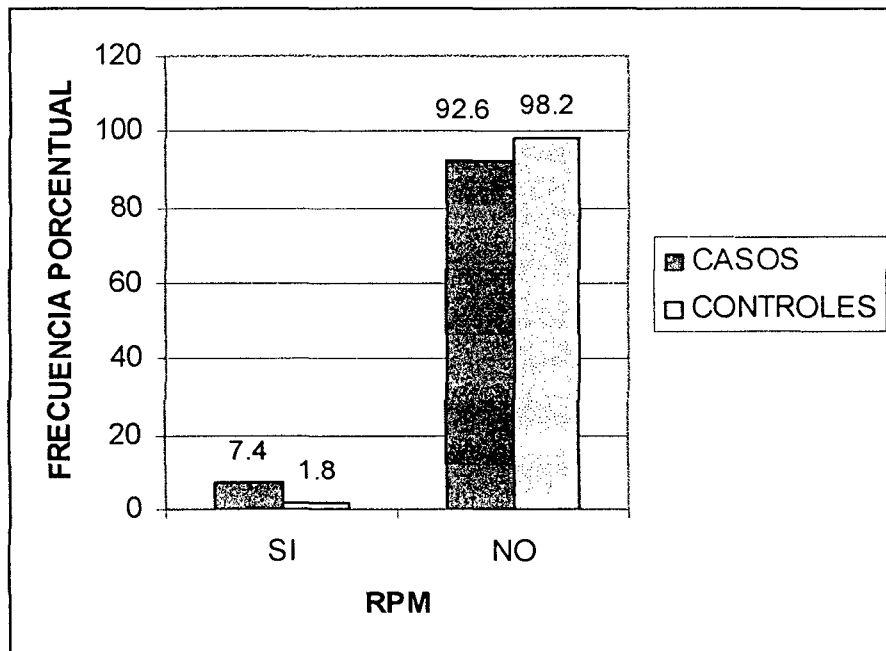
**FUENTE:** Ficha de recolección de datos, obtenidos de la Historia Clínica y Base de Datos del Sistema Informático Perinatal 2004-2005 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

**INTERPRETACION:**

El cuadro presenta la frecuencia de las pacientes y riesgo de retención de restos placentarios según el antecedente de RPM, se encontró que presentaron RPM el 7.4% en los casos y el 1.79% en los controles. Las pacientes que tuvieron RPM, presentan un riesgo de retención de restos placentarios OR ( 4.4 ) pero estadísticamente no es significativo.

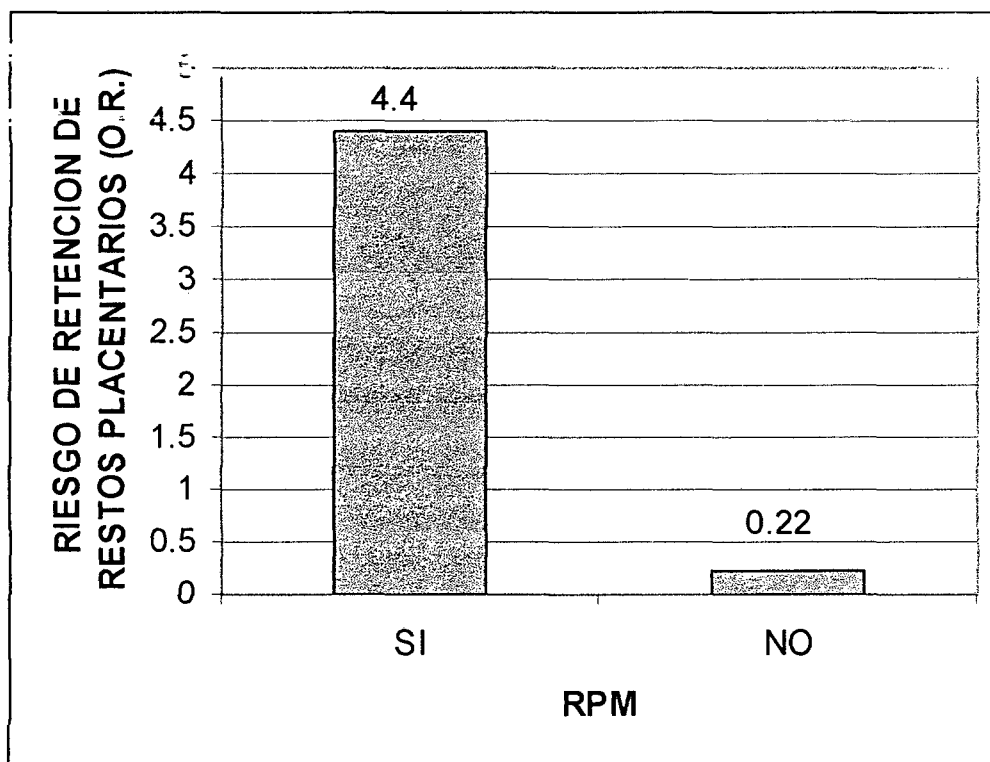
### GRAFICO 27

FRECUENCIA DE LAS PACIENTES SEGÚN EL ANTECEDENTE DE RPM EN PUERPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2004-2005



### GRAFICO 28

**RIESGO DE RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS  
(ODDS RATIO) SEGUN EL ANTECEDENTE DE RPM EN LAS  
PACENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPOLITO  
UNANUE DE TACNA 2004-2005**



## **CAPITULO IV**

### **DISCUSIONES Y COMENTARIOS**

## CAPITULO IV

### DISCUSIONES Y COMENTARIOS

La incidencia global de retención de restos placentarios en el Hospital Hipolito Unanue De Tacna en el 2004 y 2005 es de 1.51% de un total de 7144 partos. Lo cual es ligeramente superior a lo encontró la lic. Alicia Calizaya Marazo quien encuentra una incidencia de 0.93% en este mismo nosocomio en el año 2000 al 2003.

COMBS Y LAROS “guía practica para el embarazo y el parto del alto riesgo” Madrid España 1995. Ha investigado los factores asociados con la retención de restos de membranas ovulares, observan que la incidencia de complicaciones aumenta significativamente si se prolonga el tercer periodo de parto mas de treinta minutos”. Lo cual es compatible con lo que encontramos donde se ha evidenciando un incremento del riesgo a partir del grupo de 15-30 minutos con O.R.=1.85, para el grupo de 30-45 minutos O.R.=3.7, y para el grupo de 45-60 minutos con O.R.=5.39.

Con respecto al parto pretérmino se encontró que hay una mayor retención de restos placentarios donde nosotros encontramos un riesgo de retención de restos placentarios (OR 7.19 IC 95% 3.02-17.07), lo cual es superior a lo publicado en la Revista Colombiana De Obstetricia Y Ginecología vol.49 no.3 Bogotá July/Sept. 1998, donde encontraron un riesgo de retención de placenta (OR 3.0 IC 95% 2.6- 3.5).

Representando un factor protector el mecanismo de alumbramiento dirigido con O.R.= 0,38 y el mecanismo de alumbramiento espontáneo presenta un riesgo de retención de restos placentarios O.R.= 2.43, ( $p < 0.005$ ) estadísticamente significativo.

Se demuestra un incremento del riesgo de retención de restos placentarios en el alumbramiento tipo Duncan, (Odds ratio) 3.8 ( $p < 0.000075$ ) lo cual es estadísticamente muy significativo.

Las pacientes que tuvieron RPM, presentan un riesgo de retención de restos placentarios OR ( 4.4 ) I.C. 95% (0.91-21.21) pero estadísticamente no es significativo. Lo cual es compatible con los resultados mencionados en la Revista Colombiana De Obstetricia Y Ginecología; vol.49 no.3 Bogotá July/Sept. 1998.

“Romero encuentra que la frecuencia de retención de placenta no aumentó en los embarazos con RPM, ni con corioamnionitis”.

Se demuestra un incremento leve del riesgo de retención de restos placentarios en la pacientes sin control prenatal, (Odds ratio) 2.06 ( $p < 0.05$ ).

Según los grupos etéreo, se evidencia un incremento del riesgo en el grupo de  $>36$  años con O.R.=3.36, con significancia estadística ( $p > 0.02$ ).

El riesgo de retención de restos placentarios según el estado civil, se encontró que la frecuencia porcentual fue similar en el grupo de casos y grupo control. La mayoría de casos y controles fueron convivientes en 64.8% y 68.8% respectivamente.

Las casadas, convivientes y solteras presentan un O.R. alrededor de 1 (0.65, 0.84 y 1.77), por lo tanto el estado civil no se presenta como factor de riesgo asociado a la retención de restos placentarios.

El O.R. de los diferentes grados de instrucción (sin instrucción, primaria, secundaria y superior) oscila entre 0.63 y 1.9, mostrando una variación mínima que nos indican que el grado de instrucción no es factor de riesgo asociado a la retención de restos placentarios.



## **CAPITULO V**

## **CONCLUSIONES**

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES**

1. Los factores clínico-epidemiológicos asociados con mayor frecuencia a la retención de restos placentarios son el parto prematuro y el alumbramiento tipo Duncan.
2. La incidencia de retención de restos placentarios en puérperas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el 2004 y 2005 es de 1.51%.
3. El parto prematuro se encuentra muy asociado a la retención de restos placentarios en puérperas del hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el 2004 y 2005.
4. Hay una asociación ligera entre el alumbramiento prolongado y la retención de restos placentarios en puérperas.

5. El alumbramiento dirigido representa un factor protector para la retención de restos placentarios, mientras que el alumbramiento espontáneo presenta un riesgo leve para la retención de restos placentarios.
  
6. El mecanismo de alumbramiento tipo Duncan está asociado a la retención de restos placentarios en puérperas del hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el 2004 y 2005
  
7. La gran multiparidad no se encuentra asociado a la retención de restos placentarios en puérperas del hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el 2004 y 2005.

## **CAPITULO VI**

### **RECOMENDACIONES**

## CAPITULO VI

### RECOMENDACIONES

1. No restar importancia al tercer periodo de parto, debido a su evolución silenciosa lamentablemente muchas veces es mirado con indiferencia ya que el profesional juzga el acto del parto como ya terminado
2. Según los resultados obtenidos se recomienda establecer guías para que se lleve a cabo el mecanismo de alumbramiento dirigido.
3. Realizar un buen examen de la placenta y anexos tomándose el tiempo prudencial necesario para descartar probables complicaciones.
4. Continuar con la realización de trabajos de investigación respecto al problema y que permitan plantear otras alternativas.
5. Recordar que el Hospital Hipólito Unanue De Tacna es un hospital docente por lo que es importante resaltar la importancia del tercer periodo del parto y reconocer sus posibles complicaciones.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACIEN ALVAREZ PEDRO. 2000, Tratado de Ginecología y Obstetricia. Ediciones Mohillo, Alicante España, 23.
2. ALEXANDERJ, LEVY V. 2000 Hidration in labour. Intrapartum care a research-based approach. Basingstoke: Macmillan; t 2: 67-72.
3. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGIST.1995, Fetal heart rate patterns: monitoring, interpretation, and management. Washington: ACOG Technical Bulletin ;No. 207.
4. ATKINSON MW, OWEN J, WREN A, HAUTH J. 1996 The effect of manual removal of the placenta on postcesarean endometritis. Obstet Gynecol ; 87: pag. 99-102.
5. BERGER E, GILLIESON M. 2001 Puerperal febrile complications and puerperal flora following elective manual exploration of the uterus. Am J Obstet Gynecol ; 139: 320-23.
6. BRICKER L, NEILSON JP. 2002. Routine ultrasound in late pregnancy (after 24 weeks gestation) (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software.

7. BORRÉ O, RODRÍGUEZ B, MENDIVIL C, ANGARITA W, BORRÉ J. 2000. Inducción del trabajo de parto con Misoprostol Vs Oxitocina. Rev Col. Obstet Ginecol 2000; 51: 8-11.
8. CABRILLO RODRÍGUEZ E, MAGDALENO DANZ F, SANCHA NARANJO M. 2003. Tratado de ginecología, obstetricia y medicina de la reproducción. Madrid: Ed. Panamericana; Vol I: 807-812.
9. CASEY BM, COX SM. 1997. Chorioamnionitis and endometritis. Infec Dis Clin North Am ; 2(1) 203-222.
10. CARROLI G. 2004. Oxitocina u oxitocina + alcaloides de cornezuelo de centeno en el manejo activo del alumbramiento: Aspectos prácticos de la BSR (última revisión: 17 de noviembre de 2000). Oxford: Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS.
11. COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS, 1997 Issue 2. "El Manejo Activo del Alumbramiento" Oxford: Cochrane Library ;t 3.
12. DAVIDOFF F, HAYNES RB, SACKETT DL, SMITH R. 1997. Evidence based medicine: a new journal to help doctors identify the information they need. BMJ ; 310: 1085-6.

13. DAVIS SJOGREEN, Alain, SANCHEZ, Lilia María e RUBIO ROMERO, Jorge Andrés. 2002. Placenta accreta in the Instituto Materno Infantil. 1994-1999. Rev Colomb Obstet Ginecol, out./dez, vol.53, no.4, p.327-334. ISSN 0034-7434.
14. DE GROOT A, van Roosmalen J, van Dongen P, Borm GF. A .1997. placebo-controlled trial of oral ergometrine to reduce postpartum hemorrhage. Acta Obstet Gynecol Scand ; 75: 464-8.
15. DIAZ C, LUZ AMPARO, ANGEL M, EDITH E GAITAN D, HERNANDO. 1998. Postpartum uterine revision: a risk factor for puerperal infection?. Rev Colomb Obstet Ginecol, jul./set. , vol.49, no.3, p.153-157. ISSN 0034-7434.
16. DOMBROWSKI M, Bottoms S. 1995. Third stage of labor: Analysis of duration and clinical practice. Obstet Gynecol; 172: 1279-84.
17. ELY J, RIJHSINGHANI A. 1995. The association between manual removal of the placenta and postpartum endometritis following vaginal delivery. Obstet Gynecol ; 86: 1002-6
18. EBM Reviews – 1993. Cochrane Controlled Trials Register Anonymous Routine vs selective episiotomy: a randomised controlled trial. Argentine Episiotomy Trial Collaborative



- Group. [see comments]. [Clinical Trial. Journal Article. Randomized Controlled Trial] *Lancet* 342(8886-8887): 1517-8, Dec 18-25.
19. FRIEDLAND DJ. 1998. Definition of evidence-based medicine  
In: Friedland DJ, Go AS, Davoren JB, Shlipak MG, Bent SW, Subak LL, Mendelson T. Evidence-based medicine. A framework for clinical practice. Appleton and Lange. Stanford Connecticut; . p 1-4.
  20. HUH W, CHELMOW D, MALONE FD. 2000. A randomized, double-blinded, placebo controlled trial of oxytocin at the beginning versus the end of the third stage of labor for prevention of postpartum hemorrhage. *Am J Obstet Gynecol* ;182(1 Pt 2):S130-7.
  21. GONZÁLEZ GG.2000. Búsqueda de información. En: Sánchez MP, González GG, Ávila AH, Fajardo DS, González MJ, Gutiérrez ChC. Medicina Basada en Evidencias. Principios básicos y aplicación clínica. 1a, ed, México DF, Ciencia y Cultura Latinoamérica, S.A. de C.V. p17-29.
  22. GRIMES DA, SCHULZ KF. 1996. Gynecology: Methodology citations and the quality of randomized controlled trials in obstetrics and gynecology. *Am J Obstet Gynecol* ; 174: 1312-5.

23. GUYATT GH, SACKETT DL, COOK DJ. 1993. User's guide to the medical literature II. How to use an article about therapy or prevention. Are the results of the study valid? JAMA ; 270: 2598-601.
24. GUYATT GH, RENNIE D. 2002. Users' Guides to the Medical Literature. A manual for Evidence-Based Clinical Practice . Evidence-Based Medicine Working Group AMA Press.
25. GUYATT GH, SACKETT DL, SINCLAIR JC, HAYWARD R, COOK DJ, COOK RJ. 1995. User's guide to the medical literature. A method for grading health care recommendations. JAMA; 274: 1800-4.
26. GÜLMEZOĞLU AM, FORNA F, VILLAR J, HOFMEYR GJ. 2002. Prostandins for prevention of postpartum haemorrhage (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1. Oxford: Update Software Ltd.
27. GÜLMEZOĞLU AM, FORNA F, VILLAR J, HOFMEYR GJ. 2004. Prostaglandinas para la prevención de la hemorragia postparto (Revisión Cochrane traducida). En: La Cochrane Libray plus en español, número 2. Oxford, Update Software Ltd

28. GÜLMEZOĞLU AM, AND HOFMAYER GJ. 2002. Prevention and treatment of postpartum haemorrhage and Maternal Morbidity and Mortality. Cap. 20.RCOG Press, London, UL.
29. GÜLMEZOĞLU AM, VILLAR J, THI NHY NGOC N, PIAGGIO G, CARROLI G, ADETORO L. 2001. Multicentre Randomized Trial of Misoprostol in the Management of the third Stage of Labour. *The Lancet*, 358: 689-695.
30. HAYNES RB, SACKETT DL, GRAY JM, COOK DJ, GUYATT GH. 1996. Transferring evidence from research into practice: The role of clinical care research evidence in clinical decisions. *ACP J Club*; 125: A14-6.
31. HUSKINS WC, SOULE BM, O'Boyle C, et al. 1998. Hospital Infection Prevention and Control: A Model for Improving the Quality of Hospital Care in Low and middle- Income Countries. *Infec Control Hosp Epidemiol*; 19: 125-135.
32. JAESCHKE R, GUYATT G, SACKETT DL. 1994. User's guide to the medical literature III. How to use an article about a diagnostic test. Are the results of the study valid? *JAMA*; 271: 389-91.

33. LEVINE M, WALTER S, LEE H, HAYNES T, HOLBROOK A, MOYER V. User's guide to the medical literature IV. How to use an article about harm. JAMA 271; 1615-9.
34. LAUPACIS A, WELLS G, RICHARDSON S, TUGWELL P. 1994. User's guide to the medical literature V. How to use an article about prognosis. JAMA; 272: 234-7.
35. PACHECO ROMERO JOSE: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA,1999. 1ra edición Editorial Mad. Corp.SA Lima-Perú.
36. PEREZ SANCHEZ: obstetricia 2da edición Publicaciones Técnica Mediterráneo, Santiago De Chile
37. PRENDIVILLE W, ELBOURNE D, CHALMERS I. 1998. The effect of routine oxytocic administration in the management of the third stage of labour: an overview of the evidence from controlled trials. Brit J Obstet Gynaecol;95:3-16.
38. PRENDIVILLE WJ, ELBOURNE D, MCDONALD S. WHO.2002. Manejo activo del tercer estadio del trabajo del parto comparado con el expectante Biblioteca de salud reproductiva de la OMS. 5° Ed. Versión 1.0.

39. RICHARDSON WS, DETSKY AS.1995. User's guide to the medical literature VII. How to use a clinical decision analysis. Are the results of the study valid? JAMA; 273: 1292-5.
40. SCHWARZ SALA DIVERGES,1995. obstetricia 5ta Edición El Ateno Buenos Aires.
41. SACKETT DL, RICHARDSON WS, ROSENBERG WMC, HAYNES RB. 2000. Evidence-based medicine: How to practice and teach evidence-based medicine. 2nd Ed London: Churchil-livingston; p 1-20.
42. SORIANO D, DULITZKI M, SCHIFF E, BARKAI G, SELDMAN DS.1995. A randomized prospective trial of oxytocin plus ergometrin vs oxytocin alone for prevention of postpartum hemorrhage. Am J Obstet Gynecol;172:361-8.
43. THACKER SB.1983. Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the english language literature, 1960-1980. Obstet Gynecol Surv; 38: 322-38.
44. THORNTON S, DAVISON JM, BAYLIS PH. 1988. Plasma oxytocin during third stage of labour: comparison of natural and active management. BMJ; 297: 167-9.
45. WILLIAMS: 2001. Obstetricia 21va Edición. Editorial Medica Panamericana. Buenos Aires.

## ANEXOS

### FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

- CARACTERÍSTICAS MATERNAS GENERALES

Edad

<=14A	
15-25	
26-35	
>35 <sup>a</sup>	

Estado civil:

CASADA	
CONVIVIENTE	
SOLTERA	

Grado de instrucción:

NINGUNO	
PRIMARIA	
SECUNDARIA	
SUPERIOR	

- ANTECEDENTES OBSTETRICOS:

- Numero de gestaciones:

CERO	
UNO	
DOS	
TRES	
CUATRO	
CINCO	
SEIS	
SIETE	

- Paridad:

NULIPARA	
PRIMIPARA	
MULTIPARA	
GRANMULTIPARA	

- Antecedentes De Aborto

SI	
NO	

- Antecedentes de legrado

SI	
NO	

- Semanas de gestación:

<36	
37-42	
MAS DE 42	

- Controles prenatales previos:

SIN CONTROL	
<4	
4-6	
>6	

- ATENCIÓN DE PARTO, ALUMBRAMIENTO Y PUERPERIO

- Duración del trabajo de parto:

<3H	
03 a 06Hrs	
06 a 09Hrs	
09 a 12Hrs	
12 a 15Hrs	
15 a 18Hrs	
>18Hrs	



- Tipo de alumbramiento:

SCHULTZE	
DUNCAN	
NO DEFINIDO	

- Tiempo del alumbramiento:

<5MIN	
5-15MIN	
16-30MIN	
31-45MIN	
46-60MIN	
>60MIN	

- Antecedentes De Aborto

SI	
NO	

- Antecedentes de legrado

SI	
NO	

- Mecanismo de alumbramiento:

DIRIGIDO	
ESPONTANEO	
NO DETERMINADO	

- Atendido por:

PROFESIONAL QUE ATENDIO EL PARTO	
MEDICO	
OBSTETRA	
MED+OBST	
MED + IM	
OBST + IM	
OBST + IO	

- Peso al nacer:

<1500	
1500-2500	
2501-3500	
3501-4500	
>4500	