

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA

(Creada por Ley N°. 25265)



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD**

TESIS

**CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y OBSTÉTRICAS
DE PUERPERAS QUE PRESENTARON RETENCIÓN
PLACENTARIA
EN EL CENTRO DE SALUD DE EL TAMBO 2017 Y 2018**

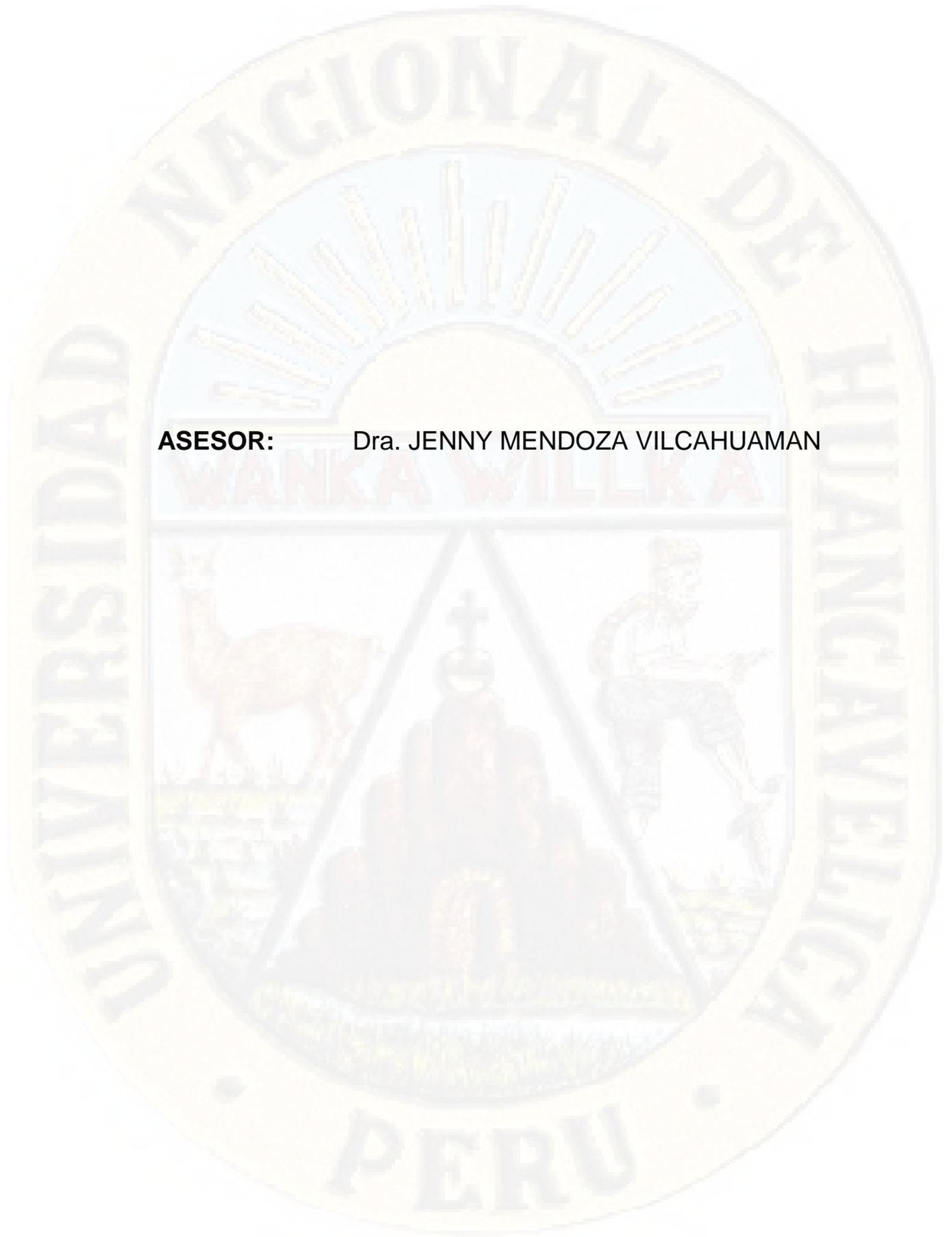
**PARA OPTAR EL TITULO DE: ESPECIALISTA EN EMERGENCIAS
Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

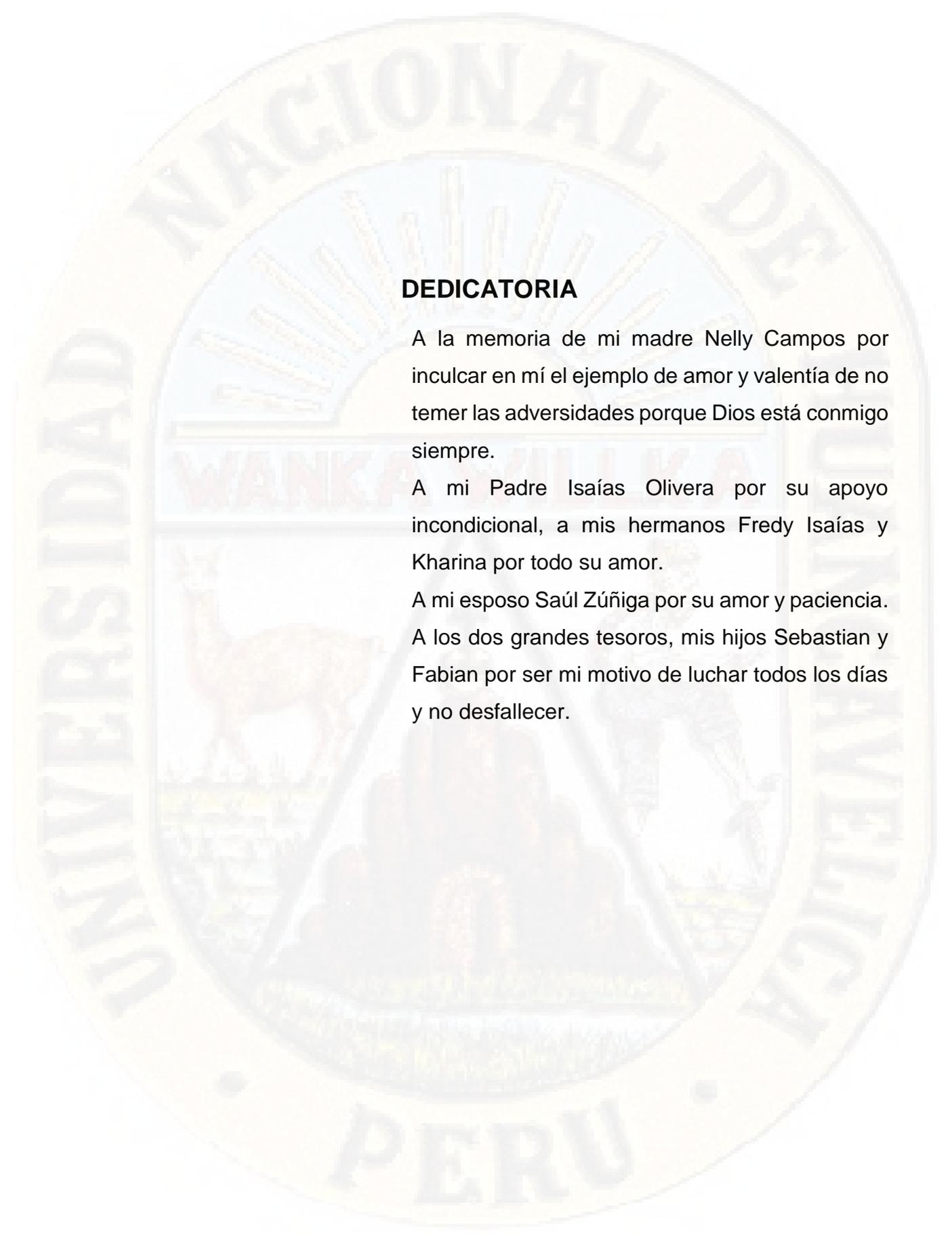
**PRESENTADO POR: OBSTA. OLIVERA CAMPOS KATTIA
GUADALUPE**

HUANCAMELICA – PERÚ

2019



ASESOR: Dra. JENNY MENDOZA VILCAHUAMAN



DEDICATORIA

A la memoria de mi madre Nelly Campos por inculcar en mí el ejemplo de amor y valentía de no temer las adversidades porque Dios está conmigo siempre.

A mi Padre Isaías Olivera por su apoyo incondicional, a mis hermanos Fredy Isaías y Kharina por todo su amor.

A mi esposo Saúl Zúñiga por su amor y paciencia.

A los dos grandes tesoros, mis hijos Sebastian y Fabian por ser mi motivo de luchar todos los días y no desfallecer.

AGRADECIMIENTO

Quiero utilizar este espacio para agradecer a Dios por todas sus bendiciones.

A mis Padres que han sabido darme su ejemplo de trabajo y honradez, a mi esposo por su apoyo y paciencia, a mis hijos por ser mi motivo y motor de superación.

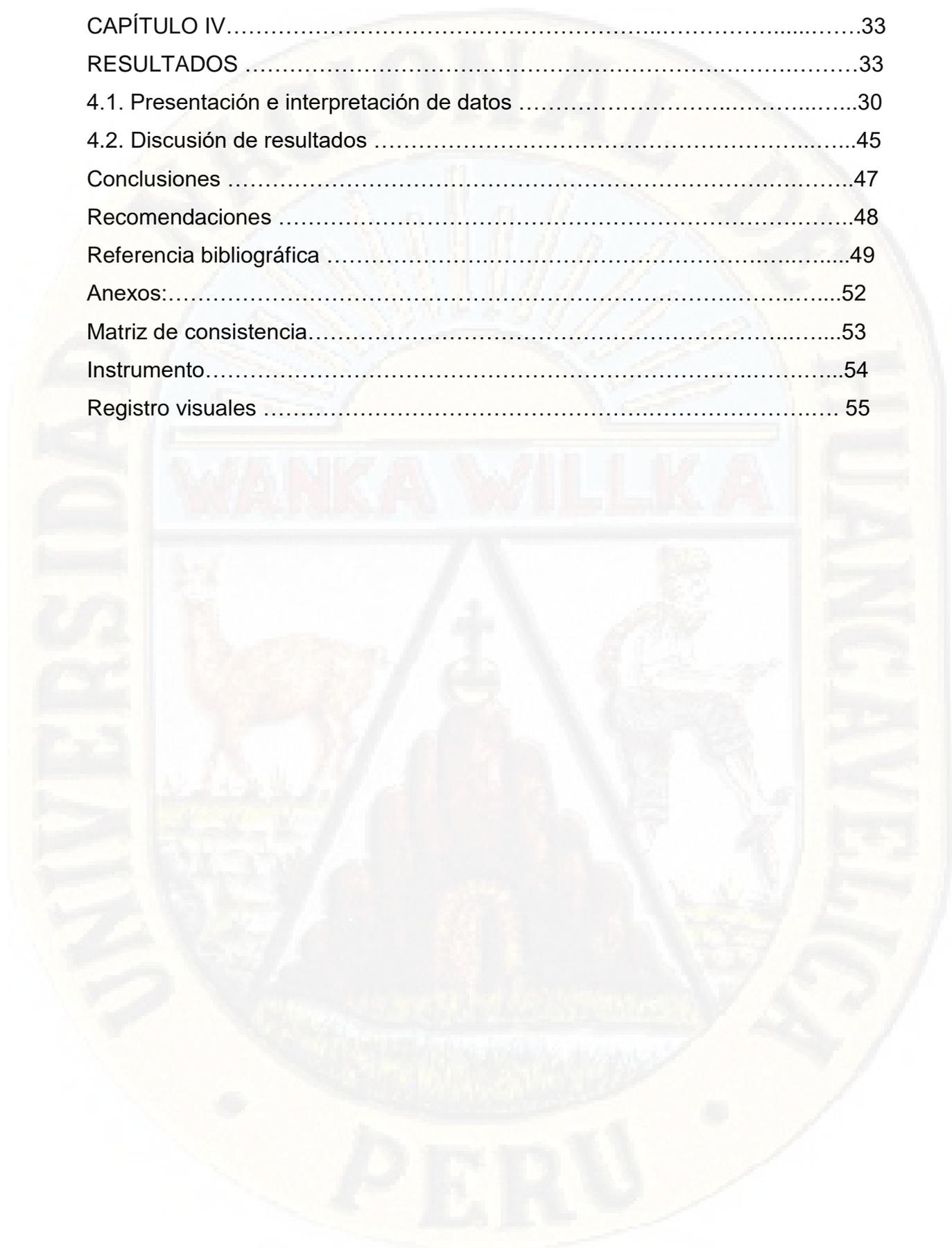
A mis tías Bertha Yolanda Y Violeta por apoyarme cuando más las necesito, por extender su mano en momentos difíciles y ser como mis segundas madres.

También quiero expresar mi más grande y sincero agradecimiento a la Dra. Jenny Mendoza por su apoyo incondicional durante todo este proceso, quien con su dirección, conocimiento, enseñanza y colaboración permitió el desarrollo de este trabajo.

INDICE

Dedicatoria.....	III
Agradecimiento.....	IV
Índice.....	V
Índice de gráficos y tablas.....	VII
Resumen.....	VIII
Abstract.....	IX
Introducción	X
CAPÍTULO I.....	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.1. Fundamentación del problema.....	11
1.2. Formulación del problema.....	12
1.3. Objetivos de la investigación.....	12
1.4. Justificación e importancia.....	12
1.5. Limitaciones	13
CAPÍTULO II.....	14
MARCO TEÓRICO.....	14
2.1. Antecedentes de la investigación.....	14
2.2. Bases teóricas.....	17
2.3. Variable de estudio.....	27
2.4. Definición de términos.....	29
CAPÍTULO III.....	30
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	30
3.1. Ámbito de estudio	30
3.2. Tipo de investigación.....	30
3.3. Nivel de investigación.....	30
3.4. Métodos de investigación.....	30
3.5. Diseño de investigación.....	31
3.6. Población, muestra y muestreo.....	31
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	31
3.8. Procedimiento de recolección de datos.....	32
3.9. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	32

CAPÍTULO IV.....	33
RESULTADOS	33
4.1. Presentación e interpretación de datos	30
4.2. Discusión de resultados	45
Conclusiones	47
Recomendaciones	48
Referencia bibliográfica	49
Anexos:.....	52
Matriz de consistencia.....	53
Instrumento.....	54
Registro visuales	55



INDICE DE GRAFICOS Y TABLAS

Grafico N° 1	Características sociodemográficas y obstétricas de puérperas que presentaron retención placentaria en el centro de salud de el tambo 2017 y 2018.	34
Grafico N° 2	Características sociodemográficas – edad de las puérperas que presentaron retención placentaria en el centro de salud de el tambo 2017 y 2018.	35
Grafico N° 3	Características sociodemográficas – estado civil de las puérperas que presentaron retención placentaria en el centro de salud de el tambo 2017 y 2018.	36
Grafico N° 4	Características sociodemográficas – grado de instrucción de las puérperas que presentaron retención placentaria en el centro de salud de el tambo 2017 y 2018.	37
Grafico N° 5	Características sociodemográficas – ocupación de las puérperas que presentaron retención placentaria en el centro de salud de el tambo 2017 y 2018.	38
Grafico N° 6	Características sociodemográficas – procedencia de las puérperas que presentaron retención placentaria en el centro de salud de el tambo 2017 y 2018.	39
Grafico N° 7	Características obstétricas – paridad de las puérperas que presentaron retención placentaria en el centro de salud de el tambo 2017 y 2018.	40
Grafico N° 8	Características obstétricas – edad gestacional de las puérperas que presentaron retención placentaria en el centro de salud de el tambo 2017 y 2018.	41
Grafico N° 9	Características obstétricas – atención prenatal adecuada de las puérperas que presentaron retención placentaria en el centro de salud de el tambo 2017 y 2018.	42
Grafico N° 10	Características obstétricas – atención en Psicoprofilaxis obstétrica de las puérperas que presentaron retención placentaria en el centro de salud de el tambo 2017 y 2018.	43
Grafico N° 11	Tipo de parto que tuvieron las puérperas que presentaron retención placentaria en el centro de salud de el tambo 2017 y 2018.	44

RESUMEN

El trabajo titulado “Características sociodemográficas y obstétricas de puérperas que presentaron retención placentaria en el centro de salud de El Tambo 2017 y 2018” 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:** esta investigación fue de tipo sustantiva, de nivel descriptivo, método descriptivo y diseño descriptivo. Los **resultados** fueron: Las características sociodemográficas de las puérperas que presentaron retención placentaria en el Centro de Salud de "El Tambo" fueron; el 49% (49) son jóvenes con edad entre los 20 y 29 años; son convivientes el 53% (53); son de grado de instrucción secundaria el 66% (66); se ocupan de su casa el 56% (56) y proceden de zona urbana el 64% (64). Y las características obstétricas fueron; la paridad fue de nulípara en el 36% (36); la edad gestacional que presentaron fue a término el 84% (84) y tuvieron atención prenatal adecuada el 92% (92) y el 82% (82) no asistió a psicoprofilaxis Obstétrica. El tipo de parto que tuvieron las puérperas que presentaron retención placentaria fue vaginal en un 100% (100).

Conclusión: Las características sociodemográficas y obstétricas de puérperas que presentaron retención placentaria en el centro de salud de El Tambo que predominaron fueron; tuvieron parto vaginal, atención prenatal adecuada, no asistió a psicoprofilaxis Obstétrica, fueron de edad gestacional a término, proceden de zona urbana, se ocupan de su casa, tienen grado de instrucción secundaria, son convivientes y pertenecen a un grupo etario joven.

Palabras claves: Puérpera, retención placentaria y características obstétricas.

ABSTRACT

This research entitled “socio demographic and obstetrical characteristic on pregnant women that presented placenta retention at the Care center of El Tambo 2017 y 2018” had the objective to determine the socio demographic and obstetrical characteristics on pregnant woman that presented placenta retention at the Care Center of El Tambo. Methodology: this was a substantive type research, descriptive level, descriptive method, and descriptive design. Results:

The socio demographic characteristics of the pregnant women that presented placenta retention were: 49% (49) are youngster 20 – 29 years old, living together 53% (53), high school instruction 66% (66), housekeepers 56% (56), from urban areas 64% (64). Obstetrical characteristics were: null parity 36% (36), terminal pregnancy 84% (84), had adequate prenatal care 92% (92), 82% (82) did not attend obstetrical psycho prophylaxis. Vaginal labor 100% (100).

Conclusion: the socio demographic and obstetrical predominant characteristics on pregnant women that presented placenta retention at the Care Center of El Tambo were: vaginal labor, adequate prenatal care, did not attend obstetrical psycho prophylaxis, terminal pregnancy, from urban areas, house keepers, high school instruction, live together, youngsters.

Keywords: pregnant woman, placenta retention, obstetrical characteristics.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia post parto (HPP) puede deberse a muchas causas, una de ellas es el tejido placentario retenido o retención de restos placentario. Si bien la mayoría de las mujeres que tienen complicaciones por HPP no tienen factores de riesgo clínicos ni antecedentes identificables, la gran multiparidad y la gestación múltiple están asociadas con un mayor riesgo de sangrado después del parto. Recomienda que, si la placenta está retenida y se produce sangrado, debe realizarse de inmediato la extracción manual de la placenta. Cuando se realiza la extracción manual de la placenta, se recomienda la administración de una dosis única de antibióticos profilácticos. (17)

La incidencia de la retención placentaria varía según la población, situándose entre el 0,5 y el 3% de los partos vaginales, y su diagnóstico se puede hacer mediante la observación de la ausencia de signos de desprendimiento placentario. (18)

La salida de la placenta tiene lugar en los primeros 30 minutos tras el parto, de no ser así, podría tratarse de una placenta adherente por una implantación anormal de la misma, como pueden ser las placentas ácreta, íncreta o pércreta. El acretismo placentario es poco frecuente (1/2.500 partos) aunque en los últimos años se está registrando una incidencia ascendente. El riesgo aumenta a medida que lo hace el número de cicatrices uterinas. (19, 20)

El presente trabajo de investigación pretende determinar cuáles son las características sociodemográficas y obstétricas de puérperas que presentaron retención placentaria en un Centro de Salud urbano.

La tesis se distribuye en cuatro capítulos principales, siendo estos: Capítulo I: Planteamiento del problema, Capítulo II: Marco teórico, Capítulo III: Metodología de la investigación y finalmente el Capítulo IV: Resultados.



CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Fundamentación Del Problema

La organización Mundial de la Salud OMS calcula que cada año 529 000 mujeres mueren en el mundo a causa del embarazo, parto o puerperio. El 7% de las muertes ocurre en América Latina y el 31% son originadas por hemorragia obstétrica, lo que representa el 25% del total de las muertes maternas. Más del 50% de estas se presentan en las primeras 4 horas postparto. (1)

De todas las muertes maternas que se producen al año en el mundo (aproximadamente 515 000 anuales), casi 30% de ellas es debido a La hemorragia posparto y se calcula que a nivel global se produce una muerte materna cada 4 minutos, por las hemorragias post parto (2)

En el Perú la incidencia de hemorragia postparto es el 10% de los partos y es la primera causa (40%) de muerte materna (3)

La retención de restos placentarios y membranas de la placenta es la responsable de aproximadamente 30% de los cuadros de hemorragia posparto secundaria grave. Calculando que 99% se producen en los países en desarrollo y con frecuencia produce la muerte materna (2)

Esta complicación ocasiona problemas graves para la salud de la madre entre las podemos señalar la atonía uterina incrementándose un riesgo de sufrir la hemorragia post parto, la inversión uterina, cabe mencionar que esta complicación puede ser prevenible si se realiza un buen manejo del alumbramiento, previniendo así las posibles complicaciones y mejorando las

características obstétricas de las puérperas. por ello la presente investigación busca determinar las características sociodemográficas y obstétricas de puérperas que presentaron retención placentaria en el centro de salud de el tambo 2017 y 2018.

1.2 Formulación del problema de investigación

¿Cuáles son las características sociodemográficas y obstétricas de puérperas que presentaron retención placentaria en el Centro de Salud de El Tambo 2017 y 2018?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Determinar las características sociodemográficas y obstétricas de puérperas que presentaron retención placentaria en el Centro de Salud de El Tambo 2017 y 2018.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Describir las características sociodemográficas de las puérperas que presentaron retención placentaria en el Centro de Salud de El Tambo 2017 y 2018.
- Describir las características obstétricas de las puérperas que presentaron retención placentaria en el Centro de Salud de El Tambo 2017 y 2018.
- Describir el tipo de parto que tuvieron las puérperas que presentaron retención placentaria en el Centro de Salud de El Tambo 2017 y 2018.

1.4 Justificación e importancia

La mujer durante el embarazo, parto y puerperio puede sufrir diferentes complicaciones que ponen en peligro la integridad de la madre, entre ellas se encuentran la hemorragia post parto (3)

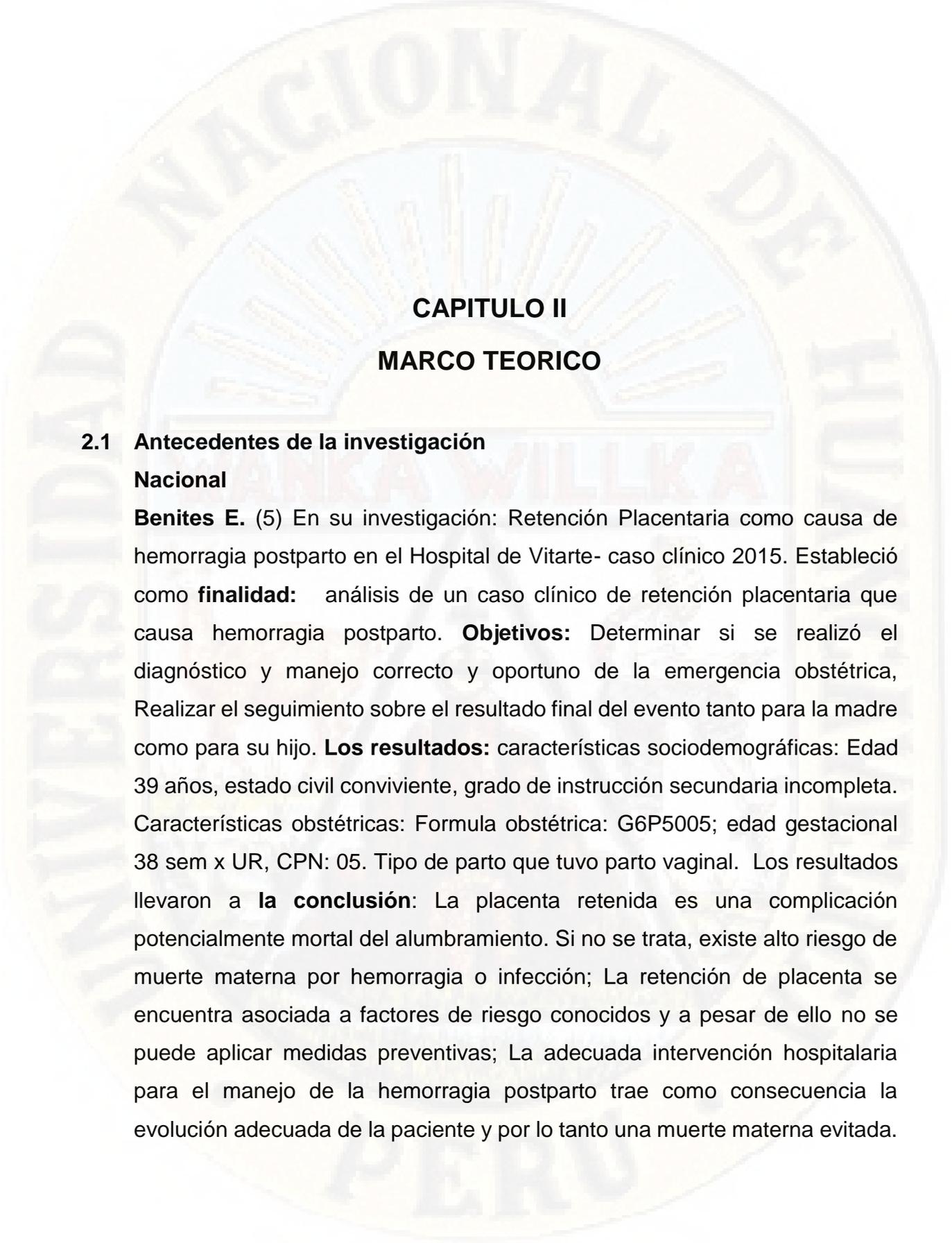
La hemorragia posparto es una causa frecuente de mortalidad materna en los países sub desarrollada. Muchos casos de hemorragia post parto se asocian con placenta retenida 0,6 y 3,3% de los partos normales. (2)

La placenta retenida es una causa frecuente de hemorragia puerperal temprana (la segunda en incidencia después de la atonía), Estos restos placentarios adheridos al útero producen una interferencia mecánica con la función contráctil del miometrio, que ocasiona un cuadro de complicaciones graves entre las podemos señalar la atonía uterina incrementándose un riesgo de sufrir la hemorragia post parto, la inversión uterina. Cuando los restos placentarios sufren un proceso de necrosis y depósito de fibrina se producen los pólipos placentarios, todas estas complicaciones puede conllevar a la muerte. (4)

La razón por la cual se realiza la presente investigación, es porque la retención placentaria a pesar de ser poco frecuente es una complicación post parto grave pero prevenible, si la persona de salud toma conciencia de sus repercusiones y factores de riesgo en la madre, por ello se busca Describir las características obstétricas de las puérperas que presentaron retención placentaria en el Centro de Salud de "El Tambo" 2017 y 2018. Esto permitirá al personal de salud a mejorar la atención sanitaria de las mujeres durante el alumbramiento con el fin de prevenir y tratar posibles complicaciones así contribuir con el logro del quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio (disminuir la mortalidad materna).

1.5 Limitaciones

Esta investigación cuenta con el visto bueno por parte de la jefatura y la coordinación de la unidad del centro de salud. El servicio de Obstetricia reconoce la importancia de disminuir la morbimortalidad materno en el centro de salud de el tambo 2017 y 2018, Se cuenta con acceso a las historias clínicas de las gestantes adolescentes atendidas. Por todo lo expuesto no hubo limitaciones en el desarrollo del trabajo.



CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Nacional

Benites E. (5) En su investigación: Retención Placentaria como causa de hemorragia postparto en el Hospital de Vitarte- caso clínico 2015. Estableció como **finalidad:** análisis de un caso clínico de retención placentaria que causa hemorragia postparto. **Objetivos:** Determinar si se realizó el diagnóstico y manejo correcto y oportuno de la emergencia obstétrica, Realizar el seguimiento sobre el resultado final del evento tanto para la madre como para su hijo. **Los resultados:** características sociodemográficas: Edad 39 años, estado civil conviviente, grado de instrucción secundaria incompleta. Características obstétricas: Formula obstétrica: G6P5005; edad gestacional 38 sem x UR, CPN: 05. Tipo de parto que tuvo parto vaginal. Los resultados llevaron a **la conclusión:** La placenta retenida es una complicación potencialmente mortal del alumbramiento. Si no se trata, existe alto riesgo de muerte materna por hemorragia o infección; La retención de placenta se encuentra asociada a factores de riesgo conocidos y a pesar de ello no se puede aplicar medidas preventivas; La adecuada intervención hospitalaria para el manejo de la hemorragia postparto trae como consecuencia la evolución adecuada de la paciente y por lo tanto una muerte materna evitada.

Alfonso R (6) En su investigación: Hemorragia post parto por retención placentaria en el servicio de Gineco-obstetricia en el hospital San José de Chincha, 2015. Estableció **Objetivos:** determinar los factores de alto riesgo asociados a hemorragia postparto inmediato, Conocer la evidencia científica disponible sobre los cuidados que debe prestar el obstetra ante una retención placentaria. **Metodología.** El estudio es de tipo analítico, retrospectivo, en el cual se analizó la información de 34 casos con sus respectivos controles, apareados por grupo de edades y tipo de parto. La información fue recogida conforme la ocurrencia de los casos, durante un periodo de 2 años, entre el 2014, y 2015. El muestreo fue sistemático, ingresando al estudio todas aquellas pacientes que cumplían con los criterios de selección. **Los resultados:** características sociodemográficas: Edad 39 años, estado civil Casada, ocupación ama de casa y grado de Instrucción primaria incompleta. Características obstétricas: Formula obstétrica: G5P4004; edad gestacional 39 sem x UR, CPN: 04 Tipo de parto que tuvo paro vaginal. Los resultados llevaron a **la conclusión:** se demuestra que los factores de riesgo identificados en nuestro estudio de casos y controles fueron la retención de restos placentarios y desgarros de cérvix, vagina y periné, todos los casos se presentaron. En partos por vía vaginal más no se presentó ningún factor de riesgo estadísticamente demostrado en los partos por cesárea. Encontramos que el porcentaje es de 1.6% es el factor de riesgo de retención de restos placentarios en una HPP. en comparación a las que no presentaron riesgo.

Fernández J. (7) En su investigación Hemorragia postparto por retención de restos placentarios en el hospital San José de Chincha – MINSA 2016. Estableció **Objetivos:** Determinar el riesgo que conlleva la retención de restos placentarios asociados a Hemorragia postparto inmediato en una paciente puérpera de parto vaginal y su tratamiento farmacológico y no farmacológico, que se atendió en el mes de marzo del 2016 en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital San José de Chincha. **Metodología,** estudio analítico, descriptivo de un caso clínico, por medio de la Historia Clínica. **Los resultados:** características sociodemográficas: Edad 37 años, estado civil soltera, ocupación ama de casa, grado de Instrucción secundaria incompleta,

procedencia Distrito de Pueblo Nuevo, Provincia de Chincha. Características obstétricas: Formula obstétrica: G10 P8018; edad gestacional 37sem x FUR, CPN ninguno. Tipo de parto que tuvo parto vaginal. Los resultados llevaron a **la conclusión:** En el presente trabajo se demuestra que dentro de los factores de riesgo identificados en nuestra paciente en estudio fue la retención de restos placentarios, Es importante mencionar que las pacientes atendidas en Hospitales del Ministerio de Salud del Perú (MINSA), por lo general se caracterizan por presentar condiciones socioeconómicas y nutricionales desfavorables, condicionando mayor morbilidad materna y morbi-mortalidad neonatal. La prevención es el mejor tratamiento de la hemorragia postparto, para lo cual es importante identificar los posibles factores de riesgo (anemia, gestaciones múltiples, antecedentes de hemorragias puerperales en otros embarazos y miomas uterinos, entre otros).

Casas M. (8) En su investigación Hemorragia postparto por retención de restos placentarios en el hospital San José de Chincha – MINSA marzo 2016 Estableció **Objetivos:** análisis de un caso clínico de retención placentaria que causa hemorragia postparto. **Metodología,** caso clínico. **Los resultados:** **características** sociodemográficas: Edad 42 años., estado civil Conviviente., ocupación: ama de casa., grado de Instrucción: Secundaria Incompleta. Características obstétricas: Multigesta de 41 semanas x FUR, Formula obstétrica: G4P3003 Control Pre-Natal: 03. Tipo de parto que tuvo parto vaginal. Los resultados llevaron a **la conclusión:** La paciente era potencialmente de riesgo por no tener controles prenatales adecuados, edad de la paciente, El monitoreo estricto de la púérpera con HPP por atonía uterina y retención de placenta por parte del personal obstétrico capacitado del Hospital San José pudo detectar signos y síntomas de shock hipovolémico lo que nos hacer pensar que perdió aproximadamente un 30% de su volumen.

Medina Y. (9) En su tesis Ruptura prematura de membranas y retención de restos placentarios en púérperas del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia- Huancavelica, 2016. Estableció **Objetivos:** determinar la asociación que existe entre la Ruptura Prematura de Membranas y Retención de Restos

Placentarios. **Metodología:** La investigación es de tipo sustantiva, correlacional, y método general inductivo, básico descriptivo. Se empleó el cuestionario de guía de análisis documental. Se recolectó 111 historias clínicas de puérperas atendidas con diagnósticos de RPM y RRP de los cuales sujetos a los criterios de exclusión e inclusión. **Los resultados: características** Mas de la mitad (73%) de las puérperas atendidas del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia- Huancavelica, Enero – Agosto 2016 presentan edad gestacional mayor a 36.6 semanas que fueron multigestas con 15 (44%), 17 (47%) en primigestas. Los resultados llevaron a **la conclusión:** Del 100% de los casos encontrados el 49% (34) terminaron con legrado uterino puerperal por retención de restos placentarios, de cada 3 puérperas atendidas por RPM, termina con legrado puerperal por retención de restos placentarios.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Parto normal

Parto: Es el modo activo de expulsión del feto y la placenta. (10)

Trabajo de parto: Se define como la secuencia coordinada y efectiva de las contracciones uterinas que dan como resultado el borramiento y la dilatación del cuello uterino y el descenso del feto para culminar con la expulsión por la vagina del producto de la concepción. (10)

Descripción clínica del parto

Período de dilatación. Este período comprende desde el comienzo de la labor de parto hasta la dilatación completa (10 cm). Es la fase más larga del trabajo de parto y tiene una duración de 8 a 12 horas en las nulíparas y de 6 a 8 horas en las multíparas

El *período de dilatación* consta de dos fases: (10)

➤ **Fase latente:** comienza con las contracciones y se prolonga hasta los 2,5 cm de dilatación; es de unas 8 horas de duración y no debe pasar de 20 horas en las nulíparas y de 14 en las multíparas. (10)

➤ **Fase activa**

- Fase de aceleración inicial.
- Fase de máxima inclinación.
- Fase de desaceleración. (10)

Período de expulsión. Es el comprendido desde la dilatación completa hasta el nacimiento del bebé y varía desde pocos minutos hasta 2 horas, sobre todo en las nulíparas. (10)

Período de alumbramiento. Es el que transcurre desde el nacimiento hasta la expulsión de la placenta, y se espera que esto ocurra en un período de 15 alumbramiento dirigido y el fisiológico de 30 a 40 min (10)

Atención del período de alumbramiento

Una vez terminado el período de expulsión, debe asistirse con especial atención al alumbramiento. Se observarán los signos clínicos del desprendimiento Placentario

- Elevación del útero por encima del ombligo y desviación hacia la derecha; esto se puede observar a través de las cubiertas abdominales.
- Algunos autores plantean un cuarto período que sería la hora después del alumbramiento en que existe gran peligro de que ocurra una hemorragia; pero la mayoría asume que éste sería la prolongación del tercer período.
- Signo de Küstner, el cual consiste en el ascenso del cordón umbilical al colocar nuestra mano por encima de la sínfisis del pubis y rechazar el útero hacia arriba, lo que significa que la placenta aún está adherida al útero. En caso de que la placenta se haya desprendido, el cordón no se moverá
- Descenso espontáneo de la pinza colocada en el cordón al nivel de la vulva(10)

El desprendimiento placentario por lo general ocurre espontáneamente en los 10 min siguientes a la expulsión del recién nacido, pero se debe esperar hasta 30 min antes de actuar. Una vez desprendida la placenta

puede quedar retenida en la vagina; en este caso se tracciona suavemente del cordón y se indica a la paciente que puje para facilitar la expulsión. También se puede hacer expresión del fondo uterino con el mismo objetivo, pero siempre que se haya desprendido la placenta (maniobra de Credé). Una vez expulsada la placenta se debe evitar el desgarro de las membranas, para lo cual se le imprimen movimientos de torsión a la placenta (maniobra de Dublin), de manera que las membranas se hagan más resistentes a los desgarros y vayan saliendo lentamente, pero íntegras. Después de extraída la placenta se procede a su revisión. Se observa su cara materna y si falta algún cotiledón, se hará revisión manual de la cavidad uterina. También se revisa la integridad de las membranas y se da por terminado el alumbramiento. (10)

2.2.2. Hemorragia post intra parto y post 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. (11)

También se define por:

- Sangrado postparto con cambios hemodinámicos que requiere transfusión de sangre.
- Diferencia del hematocrito en más del 10%, en comparación al ingreso. Hemorragia postparto tardía: Pérdida sanguínea después de las 24 horas postparto, hasta la culminación del puerperio. (11)

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. (11)

Hemorragia postparto tardía:

- Retención de restos
- Sub involución uterina (11)

Factores de riesgo asociados

Factores	Atonía uterina	Retención Placenta	Retención de restos placentarios	Lesión del canal del parto	Inversión uterina
Antecedentes	Multiparidad mayor de 4 Gestante añosa: > 35 años	Cicatriz uterina previa. Legrado uterino múltiples.	Cicatriz uterina previa. Legrado uterino múltiples.	Primigesta	Inversión uterina previa
Características	<ul style="list-style-type: none"> • Macrosomía. • Polihidramnios. • Embarazo múltiple. • DPP. • Parto prolongado. • Parto precipitado • Corioamnionitis. • Fibromatosis Uterina. • Obesidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fibromatosis Uterina. • Adherencia anormal de la Placenta. • Anomalías Uterinas. • Corioamnionitis. • Prematuridad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adherencia anormal de la Placenta. • Lóbulo placentario aberrante. • Antecedente de Abortos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Feto macrosómico. • Parto precipitado. • Expulsivo prolongado. • Parto instrumentado. • Extracción podálica. • Periné corto, fibroso. • Varices vulvar y vaginal. 	Placenta adherida
Intervenciones	Mal uso de oxitócicos, anestésicos generales, sulfato de magnesio, relajantes uterinos.	<ul style="list-style-type: none"> • Mala conducción del parto. • Mal manejo del alumbramiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mala conducción del parto. • Mal manejo del alumbramiento. 	Mala técnica de atención del expulsivo.	<ul style="list-style-type: none"> • Mala técnica de atención del alumbramiento. • Mala técnica de la extracción manual de placenta.

FUENTE: Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutiva MINSA PERU.

Cuadro clínico

- Sangrado vaginal abundante.
- Taquicardia.
- Hipotensión arterial.
- Taquipnea. (11)

Criterios diagnósticos

- Atonía uterina: Sangrado vaginal abundante, útero aumentado de tamaño, que no se contrae.

- Retención de placenta: Placenta adherida por más de 30 minutos en alumbramiento espontáneo y por más de 15 minutos si se realizó alumbramiento dirigido.
- Retención de restos placentarios y/o restos de membranas: Sub involución uterina, placenta se encuentra incompleta (ausencia de cotiledones o parte de membranas ovulares).
- Lesión de canal del parto: Sangrado continuo con útero contraído.
- Inversión uterina: Útero no palpable a nivel del abdomen, tumoración que se palpa en canal vaginal o protruye por fuera del canal vaginal. Dolor hipogástrico agudo. (11)

Diagnóstico diferencial

- Trastornos de la coagulación

Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive

Medidas generales y terapéutica.

Reconocer signos de alarma y factores asociados.

- Colocar vía endovenosa segura con ClNa 9‰ 1000 cc con oxitocina (20 UI o 2 ampollas de 10 UI), a razón de 40 a 60 gotas por minuto, por catéter endovenoso N° 18. Si el sangrado es abundante, colocar segunda vía solo con ClNa 9‰ 1000 cc, pasar 500 cc a chorro y continuar a 30 gotas por minuto.
- Masaje uterino externo y bimanual si se encuentra personal profesional capacitado.
- Monitoreo estricto de funciones vitales y de los signos de alarma.
- Referir en forma oportuna según normas a todas las pacientes luego de:
 - Extracción digital de coágulos del útero (si se encuentra personal profesional capacitado).
 - Si se evidencia desgarro del canal del parto realizar taponamiento con gasa (si se encuentra personal profesional capacitado). (11)

Atonía uterina

- Aplicar oxitocina como en el establecimiento con FONP. Si el sangrado es abundante colocar segunda vía sólo con cloruro de sodio y pasar 500 cc chorro y continuar a 30 gotas por minuto.
- Evacuación vesical.
- Aplicar Ergometrina 1 ampolla (0,2 mg) intramuscular con presión arterial en valores normales, sin preeclampsia. Se puede repetir a los 15 minutos.
- Compresión bimanual externa.
- Ante sospecha de retención de restos o membranas, y si se cuenta con personal profesional capacitado, proceder a la revisión manual de la cavidad uterina, extraer coágulos y restos.
- Referencia oportuna realizando masaje uterino bimanual o realizar taponamiento uterino.
- Referir con monitoreo continuo y con profesional capacitado en manejo del shock hipovolémico. (11)

Laceración del canal del parto

Revisión del canal del parto con valvas de Doyen, identificar el lugar de sangrado y reparar:

- Desgarros perineales y vaginales de I y II grado: suturar con catgut crómico 2/0.
- Desgarro cervical: pinzar con pinza de anillos Foerster los bordes del desgarro y suturar. Referir si no cuenta con personal capacitado. En lo posible clampar el ángulo sangrante con pinza Foerster.
- Hematomas: Referir a la paciente si son de tamaño considerable.
- En casos de desgarros perineales de tercer y cuarto grado, o ante la imposibilidad de suturar o identificar el lugar del sangrado, realizar compresión vaginal continua con gasas y referir inmediatamente. (11)

Retención de restos placentarios (alumbramiento incompleto)

- Revisión de placenta y membranas luego del alumbramiento.

- Ante la sospecha de retención de restos o membranas, y si cuenta con personal profesional capacitado, proceder a la revisión manual de cavidad uterina, extraer coágulos y restos. (11)

Inversión uterina

- Colocar vía endovenosa con CINA 9‰ y referir a establecimiento con FONE. (11)

En hemorragia puerperal tardía

- Referir con infusión de oxitocina 20 UI en 1000 cc de CINA al 9‰ a 40 gotas por minuto EV. (11)

2.2.3. Retención placentaria

definen como la no expulsión de la placenta y anexos dentro de los 15-30 minutos tras la salida del feto. La retención placentaria puede producirse por adherencia total o parcial en aquellos que no poseen una capa de decidua interpuesta con el miometrio, es decir sin plano de separación entre la placenta y la pared uterina. (12)

Etiología

Inercia Uterina. La falta de contracciones uterinas, impide que la placenta se desprenda normalmente del útero grávido en el tercer trimestre del embarazo recibe hasta el 20% del gasto cardiaco (aproximadamente 600ml/min) por lo que un sangrado por inercia puede rápidamente comprometer la vida de la madre, la distensión exagerada trae consigo una capacidad contráctil muscular deficiente. (13)

La inserción placentaria en lugares anómalos conlleva a una anormal adherencia de la placenta (placenta acreta) dentro de los tejidos maternos y está relacionada con un aumento de la capacidad invasora del trofoblasto o presencia de un miometrio inadecuado (miomas malformaciones). La característica de esta complicación en sus diferentes grados, es la deficiencia en la formación de la membrana de

Nitabuch de esta forma se facilita la penetración excesiva de la vellosidad coriales. (13)

Factores de riesgos:

- Factores mecánicos: retención de restos placentarios o anexos, retención de coágulos
- Sobre distensión uterina: Polihidramnios, Embarazo múltiple.
- Parto prolongado
- Parto precipitado
- Infección amniótica (coriamnionitis)
- Obesidad
- Multiparidad
- Malformaciones congénitas
- Partos prematuros. (13)

Clasificación

Retención total:

- **Distocias de la Dinámica.** -Se debe a la insuficiencia de la contractilidad uterina (inercia) o a las contracciones perturbadas por los anillos de contracción.
- **Inercia.** La inercia durante el parto es debe al cansancio del útero durante un tiempo prolongado para expulsar el feto, debido a una hemorragia interna que debilita las paredes del útero en algunas ocasiones se debe a la rotura prematura de membranas por ello la actividad contráctil es insuficiente para desprender o expulsar la placenta, debido al agotamiento muscular después de los partos prolongados o difíciles,
- **Anillos de contracción.** -Se deben a la contractura de una zona circular del útero, que pueden aparecer sin una causa que justifique puede comprometer un cuerno, el anillo de Bandl o el segmento inferior a pesar que no se conoce la causa en la gran mayoría de los casos obedecen a una inadecuada aceleración del desprendimiento

placentario, tanto por masaje intempestivo como la incorrecta administración de drogas oxitócicas(13)

➤ **Distocias Anatómicas** consideran la adherencia anormal de la placenta como el hecho de implantación sobre una decidua basal defectuosa o ausente por lo que la vellosidad corial crece poniéndose en contacto directo con la pared muscular uterina. (13)

• **Placenta acreta:** corresponde a 80% de los casos, la vellosidad está firmemente adherida al miometrio sin penetrar a él.

• **Placenta íncreta:** corresponde al 15% la vellosidad se introduce en el miometrio, pero no lo atraviesa.

• **Placenta pércreta:** Cuando la vellosidad atraviesa el miometrio y alcanza la serosa peritoneal en ocasiones puede penetrar a órganos vecinos como vejiga y recto. (14)

Factores que predisponen

- Multiparidad,
- legrado uterino puerperal
- cesárea anterior
- placenta previa (14)

Manejo de la retención de la placenta

- 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 CINA 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.(11)

Extracción manual de placenta

Es un acto de emergencia que el profesional realiza para manejar la hemorragia intra parto causado por la retención de placenta y evitar una muerte materna. Indicación: Retención de placenta por más 30 minutos luego de producido el nacimiento, o por más de 15 minutos luego de producido el nacimiento en el manejo activo del alumbramiento. Contra indicaciones: Acretismo placentario, falta de capacidad para realizar el procedimiento. (11)

Requisitos: Consentimiento informado, historia clínica, análisis de laboratorio: hemograma, hematocrito, grupo sanguíneo y factor Rh, vía permeable con catéter No 18, profesional entrenado. Recursos y materiales: Sala de operaciones o de partos, set de legrado uterino, soluciones antisépticas, medicamentos. (11)

Procedimiento: Colocación de dos vías endovenosas con cloruro de sodio al 9 x mil uno con oxitocina y el otro solo, administración de antibiótico profiláctico, aplicación de medidas de seguridad, evacuación vesical, masaje suave de útero para estímulo de la contracción, tacto vaginal, intento de sacar la placenta con maniobra de Brandt Andrews, administración de sedo analgesia, colocación de guantes estériles, aplicar una mano en la vagina para verificar si se encuentra la placenta a ese nivel, luego con la mano izquierda traccionar 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 contrapresión de la mano izquierda, luego deslizar los dedos dela mano entre el borde de la placenta y la pared del útero, con la palma de la

mano frete 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 extraer delicadamente ,las membranas deben de jalarse lenta y cuidadosamente hacia afuera. Realizar masaje uterino combinado interno y externo, agregar oxitocina 20 UI al cloruro y pasar a 60 gotas por minuto. Examinar la placenta en caso de no estar completa realizar Legrado uterino, registrar la información incluir la estimación de la pérdida de sangre, monitorizar a la madre especialmente el sangrado vaginal, continuar el tratamiento antibiótico. Si persiste la retención de placenta, considerar la posibilidad de Acretismo placentario y realizar tratamiento quirúrgico, laparotomía para histerectomía total o subtotal. .(11)

2.3. Identificación de Variables:

Se estudiará una sólo variable.

Variable de Investigación:

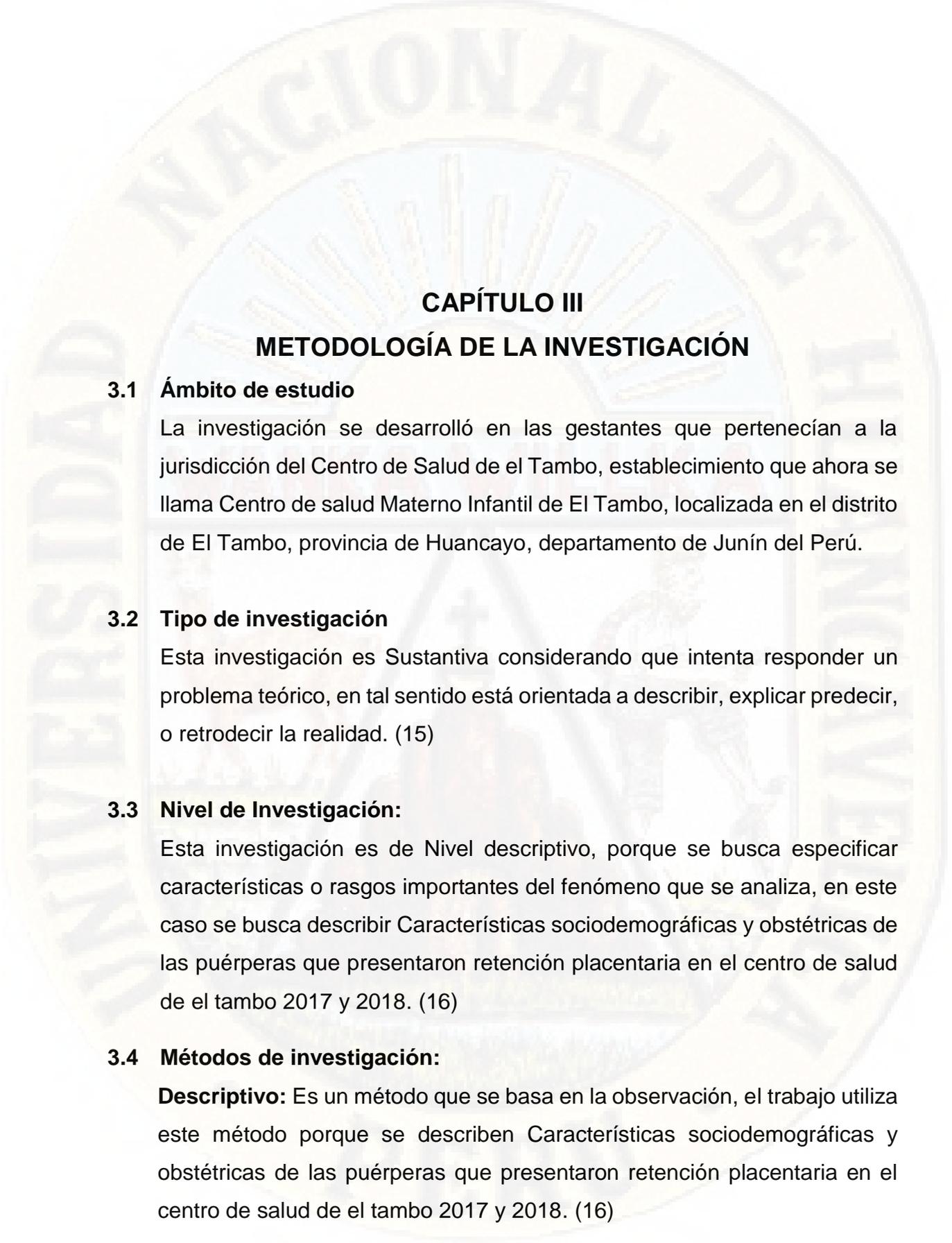
Características sociodemográficas y obstétricas de las puérperas que presentaron retención placentaria

Operacionalización de variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO
Características sociodemográficas y obstétricas de las puérperas que presentaron retención placentaria	Particularidades de los aspectos sociales demográficos y obstétricos de las puérperas.	Características sociodemográficas	Edad Estado civil Grado de instrucción Ocupación Procedencia	Nominal
		Características obstétricas	Paridad Edad gestacional Atención prenatal Atención en Psicoprofilaxis obstétrica	Nominal
		Tipo de parto que tuvieron	Parto por cesárea Parto vaginal	Nominal

2.4 DEFINICION DE TERMINOS BASICOS

- **Parto:** Es el modo activo de expulsión del feto y la placenta. (10)
- **Hemorragia post parto:** 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 (11)
- **Retención placentaria:** la no expulsión de la placenta y anexos dentro de los 15-30 minutos tras la salida del feto (12)



CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Ámbito de estudio

La investigación se desarrolló en las gestantes que pertenecían a la jurisdicción del Centro de Salud de el Tambo, establecimiento que ahora se llama Centro de salud Materno Infantil de El Tambo, localizada en el distrito de El Tambo, provincia de Huancayo, departamento de Junín del Perú.

3.2 Tipo de investigación

Esta investigación es Sustantiva considerando que intenta responder un problema teórico, en tal sentido está orientada a describir, explicar predecir, o retrodecir la realidad. (15)

3.3 Nivel de Investigación:

Esta investigación es de Nivel descriptivo, porque se busca especificar características o rasgos importantes del fenómeno que se analiza, en este caso se busca describir Características sociodemográficas y obstétricas de las puérperas que presentaron retención placentaria en el centro de salud de el tambo 2017 y 2018. (16)

3.4 Métodos de investigación:

Descriptivo: Es un método que se basa en la observación, el trabajo utiliza este método porque se describen Características sociodemográficas y obstétricas de las puérperas que presentaron retención placentaria en el centro de salud de el tambo 2017 y 2018. (16)

3.5 Diseño de investigación:

Diseño descriptivo simple.

En este diseño, el investigador busca y recoge información relacionada con el objeto de estudio, existiendo una sola variable y una sola población:

M O

M: Puérperas con retención placentaria

O: Características sociodemográficas y obstétricas

3.6 Población, muestra y muestreo:

Población. La población estuvo constituida por todas las puérperas atendidas en el centro de salud de El Tambo 2017 a 2018.

Muestra. La muestra estuvo constituida por 100 puérperas que presentaron retención placentaria en su parto.

El Tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia, censal.

Criterios de Inclusión:

- Puérperas que presentaron retención placentaria en su parto.

Criterios de exclusión:

- Puérperas que no presentaron retención placentaria en su parto.

3.7 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

La técnica: La observación.

El instrumento: Ficha de observación o de recolección de datos.

El instrumento de recolección de datos se elaboró acorde a las Características sociodemográficas y obstétricas observables en las

historias clínicas de las puérperas que presentaron retención placentaria en el centro de salud de El Tambo 2017 a 2018.

3.8 Procedimiento de Recolección de Datos

Se solicitó permiso a la jefatura de el en el centro de salud de El Tambo, para obtener la autorización que permita revisar las historias clínicas de las puérperas que presentaron retención placentaria en el establecimiento durante los años 2017 y 2018.

Registro de información. Se utilizó la ficha de recolección de datos.

3.9 Técnicas de Procesamiento, Análisis de Datos

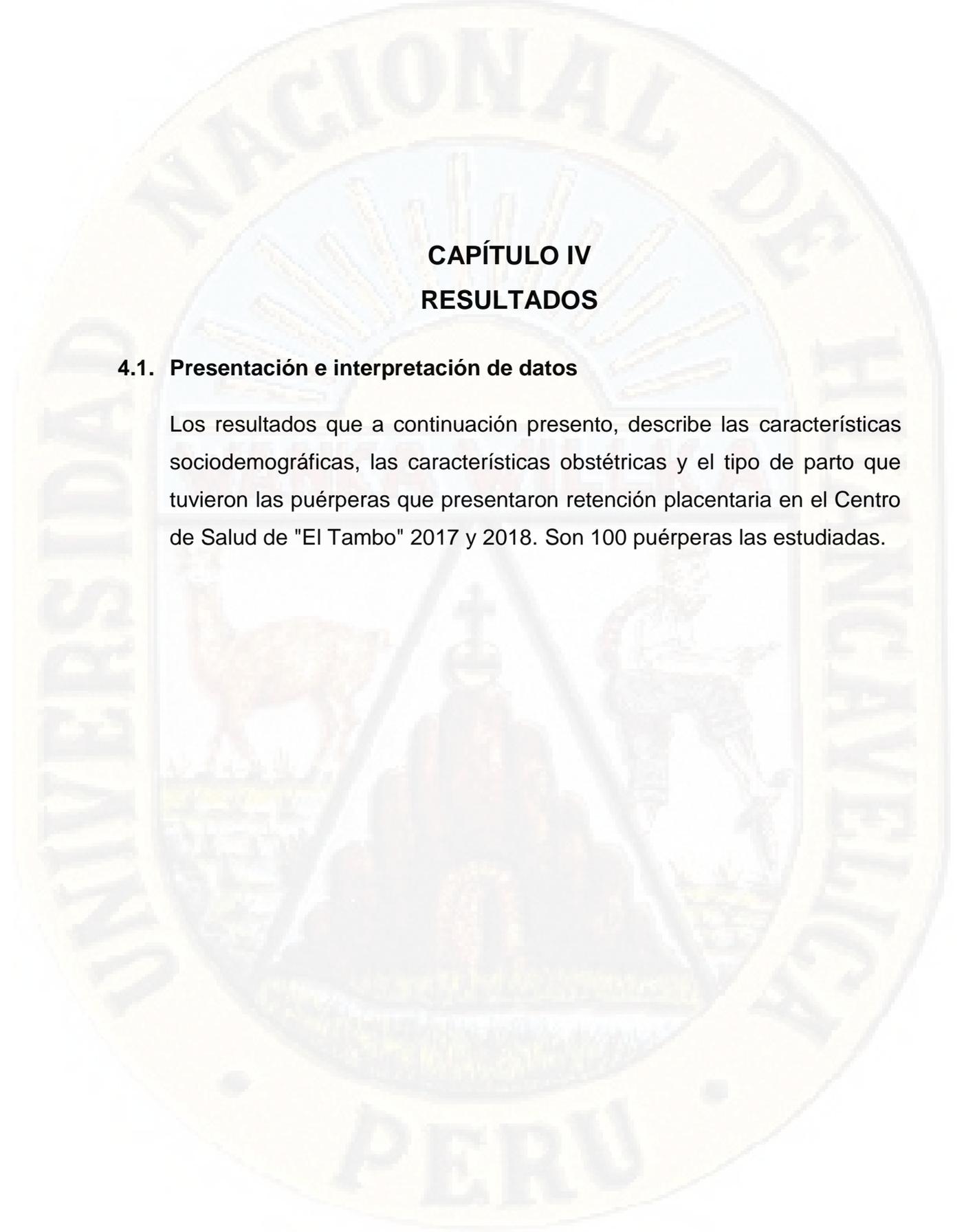
Digitación. El proceso de digitación de los instrumentos de recolección de datos, por la investigadora, según requerimientos del paquete estadístico SPSS versión 22,0.

Archivo de documentos. El archivamiento de los datos fue informático, empleando el paquete estadístico SPSS versión 22,0.

Procedimiento De Recolección De Datos Y Diseño Estadístico

Los datos fueron procesados informáticamente, empleando el paquete estadístico IBM - SPSS versión 22,0.

Para la presentación de los datos se realizó a través de la estadística descriptiva, usando el programa Excel para la presentación de los gráficos.



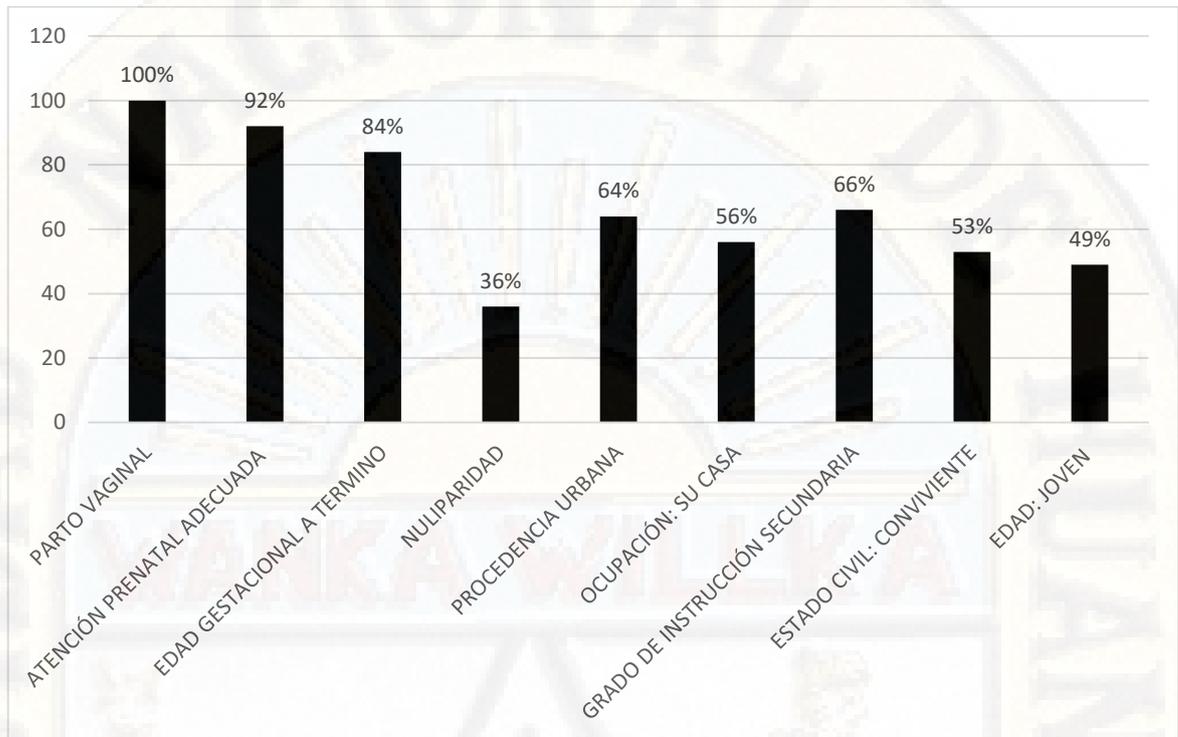
CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Presentación e interpretación de datos

Los resultados que a continuación presento, describe las características sociodemográficas, las características obstétricas y el tipo de parto que tuvieron las puérperas que presentaron retención placentaria en el Centro de Salud de "El Tambo" 2017 y 2018. Son 100 puérperas las estudiadas.

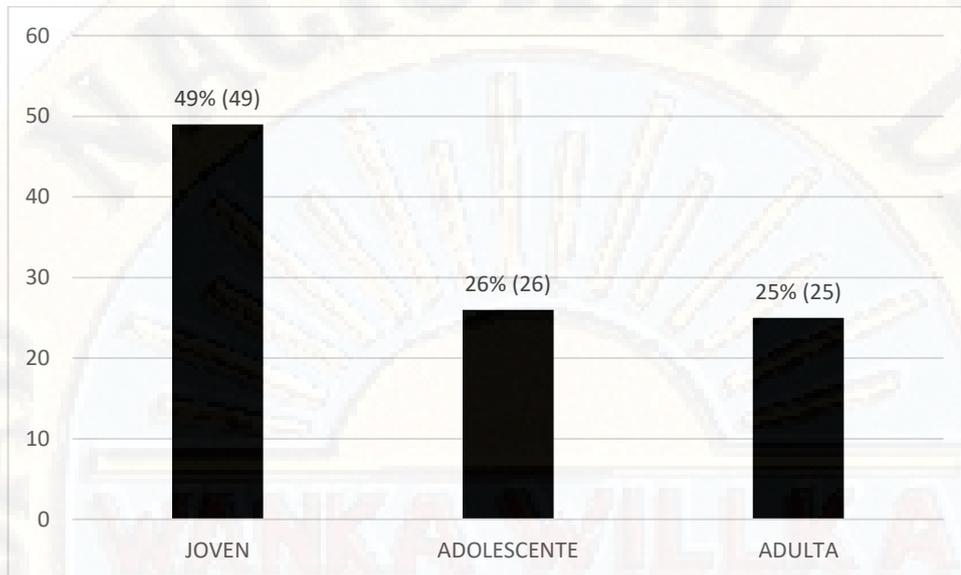
GRAFICO N°1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y OBSTÉTRICAS DE PUÉRPERAS QUE PRESENTARON RETENCIÓN PLACENTARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE EL TAMBO 2017 Y 2018.



FUENTE: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos de Características sociodemográficas y obstétricas de puérperas que presentaron retención placentaria en el Centro de salud de El Tambo 2017 y 2018.

En el grafico se observa que de las puérperas que presentaron retención placentaria, el 100% (100) tuvo parto vaginal; tuvieron atención prenatal adecuada el 92% (92); fueron de edad gestacional a término el 84% (84); nulíparas el 36% (36); proceden de zona urbana el 64% (64); se ocupan de su casa el 56% (56); tienen grado de instrucción secundaria el 66% (66); son convivientes el 53% (53) y son del grupo etario joven el 49% (49).

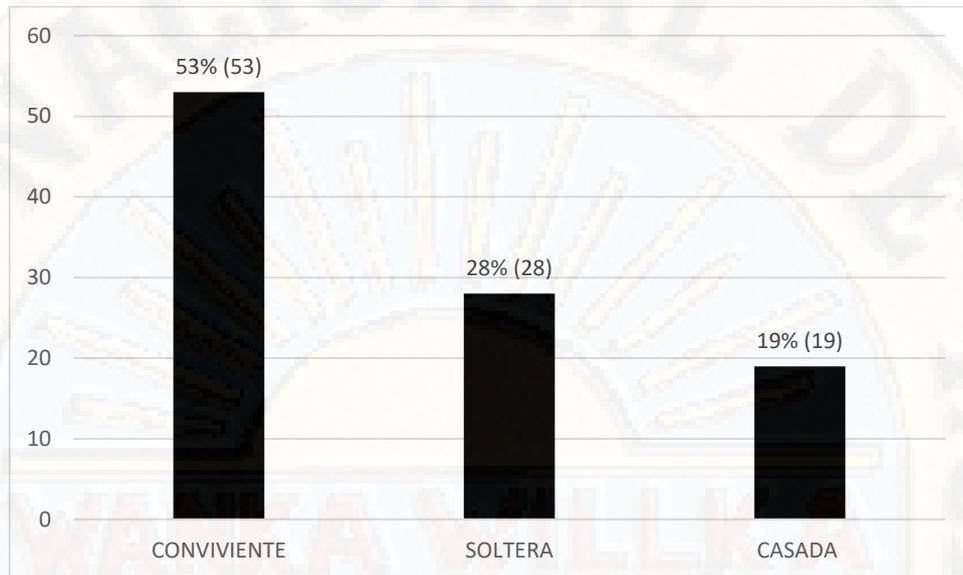
GRAFICO N°2 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS – EDAD DE LAS PUÉRPERAS QUE PRESENTARON RETENCIÓN PLACENTARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE EL TAMBO 2017 Y 2018.



FUENTE: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos de Características sociodemográficas y obstétricas de puérperas que presentaron retención placentaria en el Centro de salud de El Tambo 2017 y 2018.

En el grafico se observa que de las puérperas que presentaron retención placentaria, el 49% (49) son jóvenes con edad entre los 20 y 29 años; adolescentes el 26% (26) con edades entre 10 y 19 años y adultas el 25% (25) con edades entre 30 y 42 años.

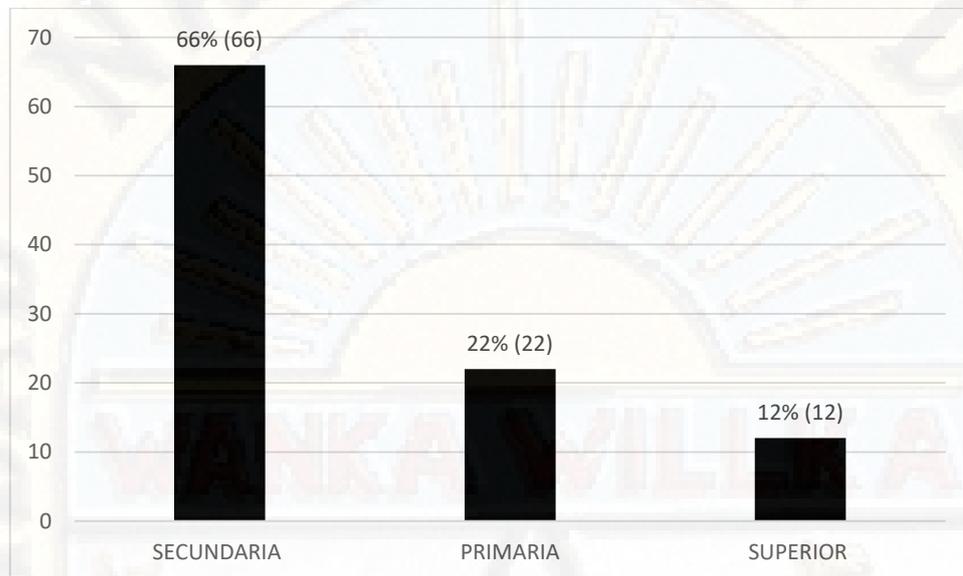
GRAFICO N°3 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS – ESTADO CIVIL DE LAS PUÉRPERAS QUE PRESENTARON RETENCIÓN PLACENTARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE EL TAMBO 2017 Y 2018.



FUENTE: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos de Características sociodemográficas y obstétricas de puérperas que presentaron retención placentaria en el Centro de salud de El Tambo 2017 y 2018.

En el grafico se observa que de las puérperas que presentaron retención placentaria, son convivientes el 53% (53); solteras el 28% (28) y casadas el 19% (19).

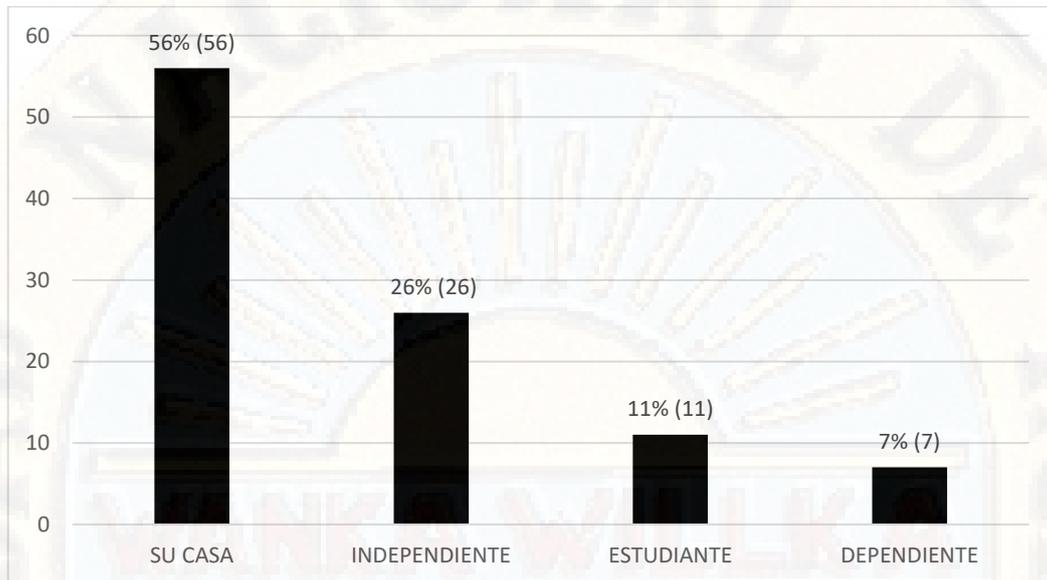
GRAFICO N°4 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS – GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS PUÉRPERAS QUE PRESENTARON RETENCIÓN PLACENTARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE EL TAMBO 2017 Y 2018.



FUENTE: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos de Características sociodemográficas y obstétricas de puérperas que presentaron retención placentaria en el Centro de salud de El Tambo 2017 y 2018.

En el grafico se observa que de las puérperas que presentaron retención placentaria, son de grado de instrucción secundaria el 66% (66); primaria el 22% (22) y superior el 12% (12).

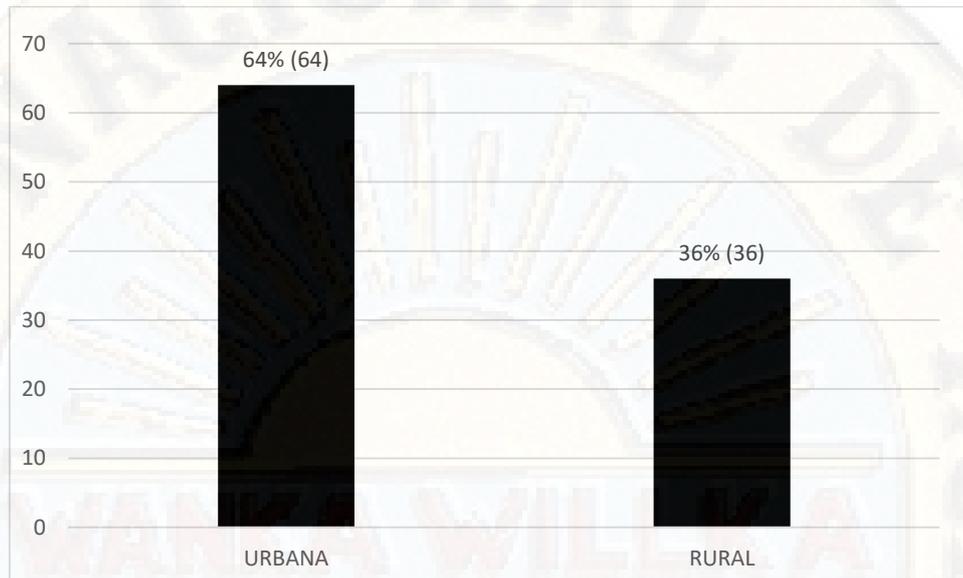
GRAFICO N°5 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS – OCUPACIÓN DE LAS PUÉRPERAS QUE PRESENTARON RETENCIÓN PLACENTARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE EL TAMBO 2017 Y 2018.



FUENTE: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos de Características sociodemográficas y obstétricas de puérperas que presentaron retención placentaria en el Centro de salud de El Tambo 2017 y 2018.

En el grafico se observa que de las puérperas que presentaron retención placentaria, se ocupan de su casa el 56% (56); independiente el 26% (26); estudiante el 11% (11) y dependiente el 7% (7).

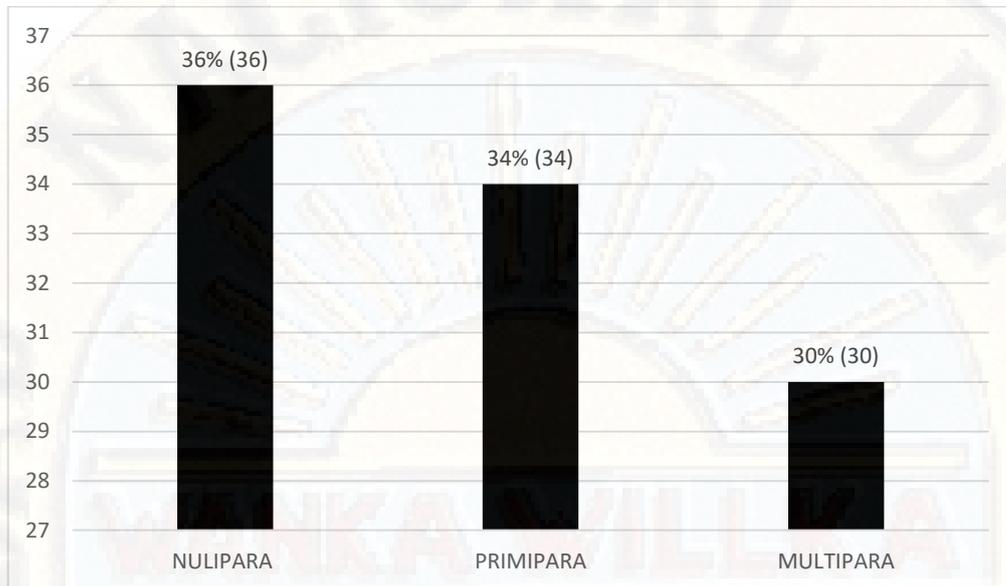
**GRAFICO N°6 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS –
PROCEDENCIA DE LAS PUÉRPERAS QUE PRESENTARON RETENCIÓN
PLACENTARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE EL TAMBO 2017 Y 2018.**



FUENTE: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos de Características sociodemográficas y obstétricas de puérperas que presentaron retención placentaria en el Centro de salud de El Tambo 2017 y 2018.

En el grafico se observa que de las puérperas que presentaron retención placentaria, proceden de zona urbana el 64% (64) y de zona rural el 36% (36).

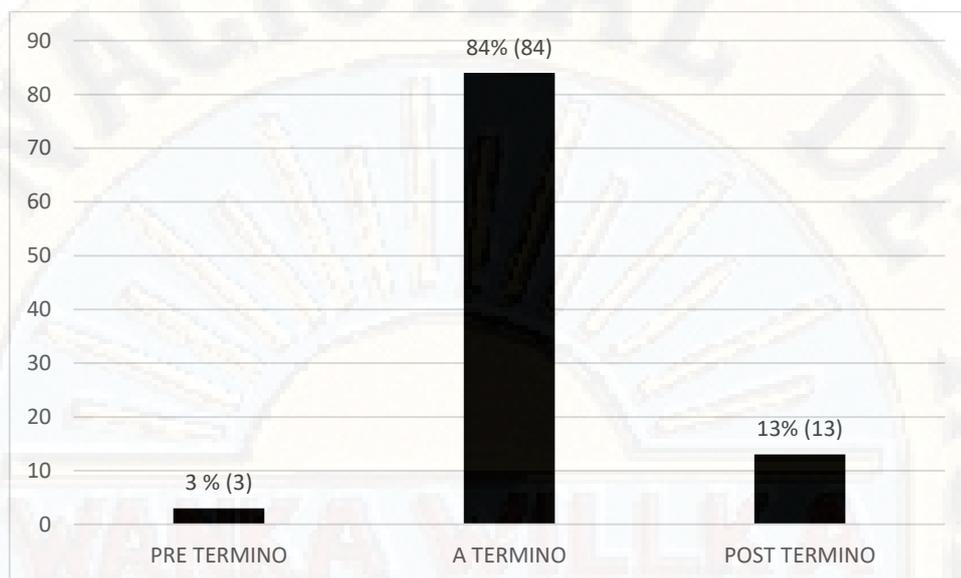
GRAFICO N°7 CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS – PARIDAD DE LAS PUÉRPERAS QUE PRESENTARON RETENCIÓN PLACENTARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE EL TAMBO 2017 Y 2018.



FUENTE: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos de Características sociodemográficas y obstétricas de puérperas que presentaron retención placentaria en el Centro de salud de El Tambo 2017 y 2018.

En el grafico se observa que de las puérperas que presentaron retención placentaria, la paridad fue de nulípara en el 36% (36); primípara el 34% (34) y múltiparas el 30% (30).

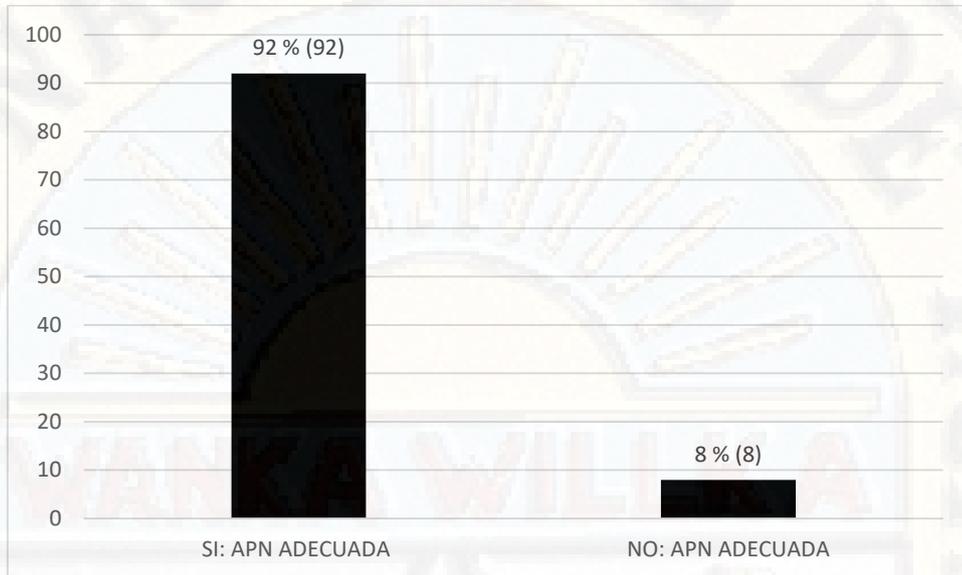
GRAFICO N°8 CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS – EDAD GESTACIONAL DE LAS PUÉRPERAS QUE PRESENTARON RETENCIÓN PLACENTARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE EL TAMBO 2017 Y 2018.



FUENTE: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos de Características sociodemográficas y obstétricas de puérperas que presentaron retención placentaria en el Centro de salud de El Tambo 2017 y 2018.

En el grafico se observa que de las puérperas que presentaron retención placentaria, la edad gestacional que presentaron fue a término el 84% (84); post termino el 13% (13) y pre termino el 3% (3).

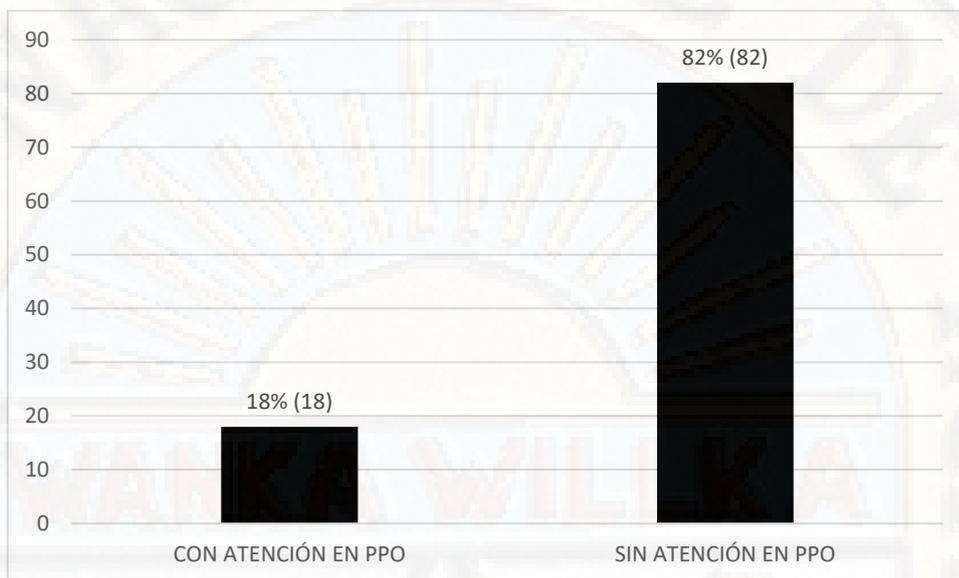
GRAFICO N°9 CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS – ATENCIÓN PRENATAL ADECUADA DE LAS PUÉRPERAS QUE PRESENTARON RETENCIÓN PLACENTARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE EL TAMBO 2017 Y 2018.



FUENTE: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos de Características sociodemográficas y obstétricas de puérperas que presentaron retención placentaria en el Centro de salud de El Tambo 2017 y 2018.

En el grafico se observa que de las puérperas que presentaron retención placentaria, tuvieron atención prenatal adecuada el 92% (92) y No la tuvieron el 8% (8).

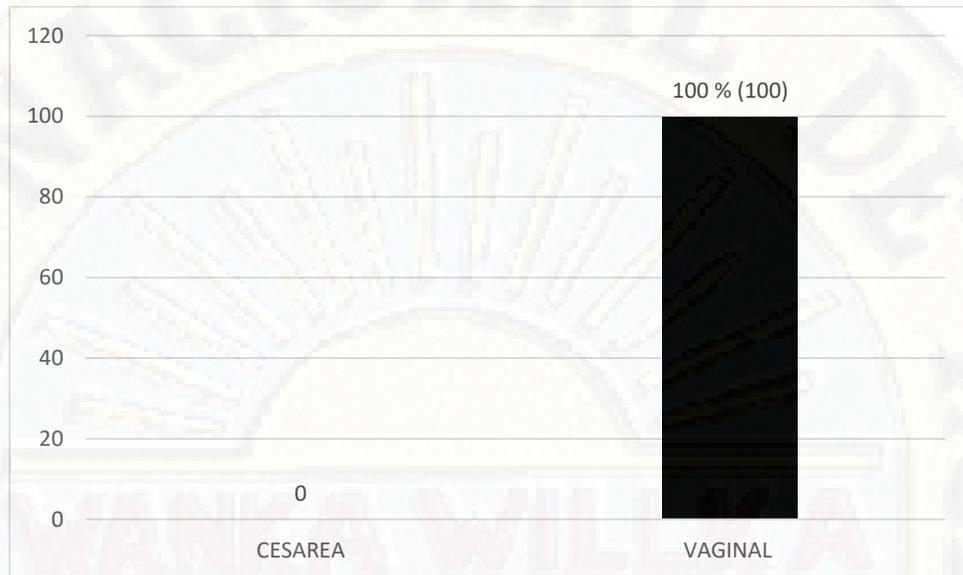
GRAFICO N°10 CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS – ATENCIÓN EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA DE LAS PUERPERAS QUE PRESENTARON RETENCIÓN PLACENTARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE EL TAMBO 2017 Y 2018.



FUENTE: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos de Características sociodemográficas y obstétricas de puérperas que presentaron retención placentaria en el Centro de salud de El Tambo 2017 y 2018.

En el grafico se observa que de las puérperas que presentaron retención placentaria, el 82% (82) no asistieron a psicoprofilaxis obstétrica y el 18% (18) si asistió a psicoprofilaxis obstétrica.

GRAFICO N°11 TIPO DE PARTO QUE TUVIERON LAS PUÉRPERAS QUE PRESENTARON RETENCIÓN PLACENTARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE EL TAMBO 2017 Y 2018.



FUENTE: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos de Características sociodemográficas y obstétricas de puérperas que presentaron retención placentaria en el Centro de salud de El Tambo 2017 y 2018.

En el grafico se observa que de las puérperas que presentaron retención placentaria, el 100% (100) tuvo parto vaginal.

4.2. Discusión de resultados

Esta investigación titulada “Características sociodemográficas y obstétricas de puérperas que presentaron retención placentaria en el centro de salud de El Tambo los años 2017 y 2018” halló como resultados que: El 100% (100) tuvo parto vaginal; tuvieron atención prenatal adecuada el 92% (92); edad gestacional a término el 84% (84); proceden de zona urbana el 64% (64); se ocupan de su casa el 56% (56); tienen grado de instrucción secundaria el 66% (66); son convivientes el 53% (53) y son del grupo etario joven el 49% (49). Todas estas características no constituyen factor de riesgo para la presentación de retención placentaria según la literatura (13, 14). Sin embargo, llama la atención que de todas las puérperas con retención placentaria el 82% (82) no tuvo atención por el programa de Psicoprofilaxis Obstétrica.

La presente investigación Características sociodemográficas y obstétricas de puérperas que presentaron retención placentaria en el centro de salud de El Tambo tuvo como resultados que; el 100% (100) tuvo parto vaginal; este resultado coincide con lo reportado por Benites (5), con lo hallado por Fernández (7) y Casas (8), los que describe que las mujeres que presentaron retención placentaria tuvieron todas parto vaginal. Por lo que queda una incógnita en buscar la causa de porque las retenciones placentarias están sucediendo en partos vaginales.

Las características sociodemográficas de las puérperas que presentaron retención placentaria en el Centro de Salud de "El Tambo" fueron; el 49% (49) son jóvenes con edad entre los 20 y 29 años; son convivientes el 53% (53) y son de grado de instrucción secundaria el 66% (66), resultado que difiere con lo reportado por Alfonso (6) quien encontró en su muestra de investigación la edad de 39 años, estado civil casadas y grado de Instrucción primaria incompleta. La diferencia puede deberse a que las investigaciones sucedieron en contextos geográficos diferentes.

Dentro de las características sociodemográficas de las puérperas que presentaron retención placentaria en el Centro de Salud de "El Tambo" fue que se ocupan de su casa el 56% (56), estos resultados concuerdan con lo reportado por Alfonso (6) quien encontró que la ocupación de su muestra fue que eran amas de casa.

Sobre las características obstétricas de las puérperas que presentaron retención placentaria en el Centro de Salud de "El Tambo" fueron; la paridad fue de nulípara en el 36% (36), este dato difiere con lo reportado por Casas (8), el reporta que las que presentaron retención placentaria fueron múltipara, tampoco concuerda con lo reportado por la teoría. (13,14)

Esta investigación halló que la edad gestacional que presentaron las puérperas con retención placentaria en el Centro de Salud de "El Tambo" fue a término en el 84% (84), dato que coincide con lo reportado por Benites (5) y con lo hallado por Fernández (7), los que describe que las mujeres que presentaron retención placentaria fueron de gestaciones a término entre 37 y 39 semanas.

Esta investigación en las puérperas con retención placentaria en el Centro de Salud de "El Tambo" halló que la atención prenatal fue adecuada en el 92% (92), resultado que difiere con lo reportado por Fernández (7) y Casas (8) quienes reportan que sus pacientes con retención placentaria no tuvieron controles prenatales adecuados.

Los resultados de la presente tesis nos hacen pensar sobre que hay más allá de las causas de la retención placentaria, ya que las características encontradas en las puérperas con retención placentaria no van acorde a los factores de riesgo que describe la literatura para la presentación e incidencia de retenciones placentarias.

CONCLUSIONES

- Las características sociodemográficas y obstétricas de puérperas que presentaron retención placentaria en el centro de salud de el tambo los años 2017 y 2018 que predominaron fueron; el 100% tuvo parto vaginal; tuvieron atención prenatal adecuada el 92%; el 82% no asistió a psicoprofilaxis Obstétrica; fueron de edad gestacional a término el 84%; proceden de zona urbana el 64%; se ocupan de su casa el 56%; tienen grado de instrucción secundaria el 66%; son convivientes el 53% y son del grupo etario joven el 49%. Llama la atención que con estas características se haya presentado retención placentaria.
- Las características sociodemográficas de las puérperas que presentaron retención placentaria en el Centro de Salud de "El Tambo" fueron; el 49% son jóvenes con edad entre los 20 y 29 años; son convivientes el 53%; son de grado de instrucción secundaria el 66%; se ocupan de su casa el 56% y proceden de zona urbana el 64%.
- Las características obstétricas de las puérperas que presentaron retención placentaria en el Centro de Salud de "El Tambo" fueron; la paridad fue de nulípara en el 36%; la edad gestacional que presentaron fue a término el 84% y tuvieron atención prenatal adecuada el 92%, estos resultados nos muestran que estas características no están consideradas como factor de riesgo para hacer retención placentaria, en cambio llama la atención que el 82% de las mujeres que presentaron retención placentaria, No asistió a psicoprofilaxis Obstétrica.
- El tipo de parto que tuvieron las puérperas que presentaron retención placentaria en el Centro de Salud de "El Tambo" fue vaginal en un 100%.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda al jefe del Centro de Salud Materno Infantil de El Tambo, implementar estrategias que permitan disminuir los casos de retención placentaria en los partos vaginales.
- Se recomienda al personal del servicio de obstetricia implementar actividades o estrategias que les permita reducir los casos de pacientes con retención placentaria en gestantes que terminan su embarazo en parto vaginal.
- Se recomienda a estudiantes de la carrera de obstetricia y estudiantes de la segunda especialidad, realizar investigaciones en identificar las causas de la retención placentaria en los partos vaginales, o factores de riesgo asociados a las retenciones placentarias en el Centro de Salud Materno Infantil de El Tambo.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

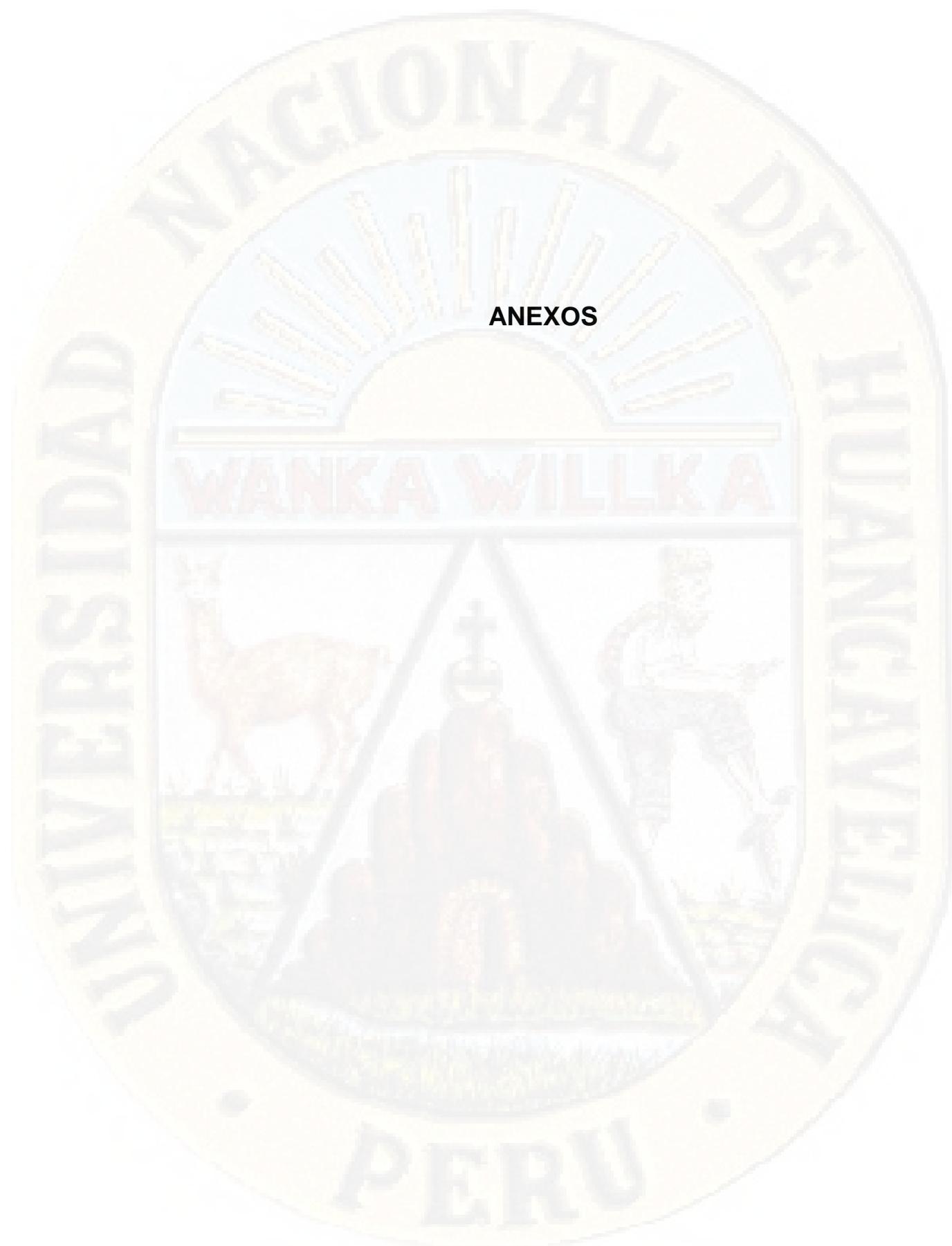
- 1) Fawcus S. Tratamiento para la hemorragia postparto; La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud 2005. [Online]; [revisado 2018 08 15]; Disponible en:http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/postpartum_haemorrhage/sfguide/es/index.htm
- 2) Calle A y col. diagnóstico y manejo de la hemorragia posparto, rev per ginecol obstet. 2008;54:233-243 , [Revista online]; [revisado 2018 08 16]; Disponible en http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol54_n4/pdf/a03v54n4.pdf
- 3) Ministerio de Salud Norma técnica de salud para la atención integral de la salud materna, Lima, Perú, 2013. Reportado en http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RM/RM827_2013_MINSA.pdf
- 4) Garcia L y col. Hemorragia posparto secundaria o tardía;Ginecol Obstet Mex. 2017 abril;85(4):254-266; [Revista online]; [revisado 2018 08 15]; Disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v85n4/0300-9041-gom-85-04-00007.pdf>
- 5) Benites E. Retención Placentaria como causa de hemorragia postparto en el Hospital de Vitarte- caso clínico 2015; Universidad Privada Arzobispo Loayza Facultad de Ciencias de la Salud; proyecto de segunda especialidad en atención obstétrica de la emergencia y cuidados críticos Ica, Perú, 2016.
- 6) Alfonso R. Hemorragia post parto por retención placentaria en el servicio de Gineco-obstetricia en el hospital San José de Chincha, 2015. Universidad Privada Arzobispo Loayza Facultad de Ciencias de la Salud; proyecto de segunda especialidad en atención obstétrica de la emergencia y cuidados críticos Ica, Perú, 2016.
- 7) Fernández J. Hemorragia postparto por retención de restos placentarios en el hospital San José de Chincha – MINSA 2016. universidad privada arzobispo Loayza facultad de ciencias de la salud; proyecto de segunda

especialidad en atención obstétrica de la emergencia y cuidados críticos Ica, Perú, 2016.

- 8)** Casas M. Hemorragia postparto por retención de restos placentarios en el hospital San José de Chincha – MINSA marzo 2016. universidad privada arzobispo Loayza facultad de ciencias de la salud; proyecto de segunda especialidad en atención obstétrica de la emergencia y cuidados críticos Ica, Perú, 2016.
- 9)** Medina Y. Ruptura prematura de membranas y retención placentaria en puérperas del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia- Huancavelica, 2016. Tesis de pre preado, Huancavelica 2017
- 10)** Rigol R. Obstetricia y Ginecología; Editorial Ciencias Médicas, 4 edición, La Habana, Cuba 2004.
- 11)** Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive, Lima, Perú.2007.
- 12)** Ministerio de Salud. Guía de Atención Materna. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia nacional de salud sexual y reproductiva. Lima, Perú, 2004
- 13)** Schwarcz R. y col. Obstetricia. Editorial Ateneo. 6 edición. El ateneo. Buenos Aires, Argentina, 2008.
- 14)** Mongrut A. Tratado de Obstetricia. 4º ed. Edit. Monpress. Lima, Perú, 2000
- 15)** Sanchez C. Metodologia y Diseños de la Investigacion Cientifica. 5th ed., editor. Bussiness Support Aneth; Lima: 2015.
- 16)** Hernandez R y cols. Metodologia de la Investigacion. 5th ed. Mcgraw-Hill/Interamericana Editores SADCV, editor. Mexico: mexicana; 2014.
- 17)** World Health Organization. Managing complication in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Geneva: WHO; 2000. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9241545879/en/index.html

- 18)** Martínez E., y col. "Manejo de la Retención Placentaria Basado en la Evidencia Científica Actual" Metas de enfermería, ISSN 1138-7262, Vol. 16, Nº. 6, 2013.
- 19)** Allan J. Causes and treatment of postpartum haemorrhage (actualizado en 2008). Disponible en <http://www.uptodate.com>.
- 20)** Protocolo SEGO. Hemorragia postparto precoz (actualizado en 2006). Disponible en <http://www.sego.es/>.





ANEXOS

ANEXO N° 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y OBSTÉTRICAS DE PUERPERAS QUE PRESENTARON RETENCIÓN PLACENTARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE EL TAMBO 2017 Y 2018

Formulación del problema	Objetivos	Población Y Muestra	Diseño Metodológico
<p>¿Cuáles son las características sociodemográficas y obstétricas de puerperas que presentaron retención placentaria en el centro de salud de el tambo 2017 y 2018?</p>	<p>Objetivo General Determinar las características sociodemográficas y obstétricas de puerperas que presentaron retención placentaria en el centro de salud de el tambo 2017 y 2018.</p> <p>Objetivos Específicos -Describir las características sociodemográficas de las puerperas que presentaron retención placentaria en el Centro de Salud de "El Tambo" 2017 y 2018. - Describir las características obstétricas de las puerperas que presentaron retención placentaria en el Centro de Salud de "El Tambo" 2017 y 2018. - Describir el tipo de parto que tuvieron las puerperas que presentaron retención placentaria en el Centro de Salud de "El Tambo" 2017 y 2018.</p>	<p>Población. La población estuvo constituida por todas las puerperas atendidas en el centro de salud del tambo 2017,2018.</p> <p>Muestra. La muestra estuvo constituida por 100 puerperas que presentaron retención placentaria en su parto. El Tipo de muestreo será no probabilístico por conveniencia, censal.</p>	<p>Tipo de investigación Esta investigación es Sustantiva considerando que intenta responder un problema teórico, en tal sentido está orientada a describir, explicar predecir, o retrodecir la realidad. (15)</p> <p>Nivel de Investigación: Esta investigación es de Nivel descriptivo, porque se busca especificar características o rasgos importantes del fenómeno que se analiza, en este caso se busca describir Características sociodemográficas y obstétricas de las puerperas que presentaron retención placentaria en el centro de salud de el tambo 2017 y 2018 (16)</p> <p>Métodos de investigación: Es un método que se basa en la observación, el trabajo utiliza este método porque se describen Características sociodemográficas y obstétricas de las puerperas que presentaron retención placentaria en el centro de salud de el tambo 2017 y 2018 (16) Diseño de investigación: Diseño descriptivo simple.</p> <p style="text-align: center;">M O</p>

ANEXO N°2
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y OBSTÉTRICAS
DE PUERPERAS QUE PRESENTARON RETENCIÓN PLACENTARIA
EN EL CENTRO DE SALUD DE EL TAMBO 2017 Y 2018

Características sociodemográficas:

- a) Edad:
- b) Estado civil:
- Soltera ()
 - Casada ()
 - Conviviente ()
 - Viuda ()
 - Otros:
- c) Grado de instrucción:
- Primaria ()
 - Secundaria ()
 - Superior ()
 - Otro:
- d) Ocupación:
- Casa ()
 - Independiente ()
 - Dependiente ()
 - Otro:
- e) Procedencia:
- Urbana ()
 - Rural ()

Características obstétricas:

Paridad:

Edad gestacional:

Atención prenatal adecuada: si () no ()

Atención en PPO: si () no ()

Tipo de parto:

Cesárea ()

Vaginal ()

ANEXO N°3

