



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA**

**PROYECTO DE INVESTIGACION
PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO DE OBSTETRIZ/OBSTETRA**

TEMA:

**“PREVALENCIA DE RETENCIONES PLACENTARIAS Y SU
RELACION CON LA MORBIMORTALIDAD EN MUJERES DE 35 A 45
AÑOS DE EDAD QUE FUERON ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, GUARANDA-2017”.**

AUTORAS:

**LISSETH MONTENEGRO CHAVEZ
LISSETTE MOYOTA CONTRERAS**

TUTOR:

**DR. HERMAN ROMERO
BABAHOYO-LOS RÍOS-ECUADOR**

2018



TEMA:

**“PREVALENCIA DE RETENCIONES PLACENTARIAS Y SU
RELACION CON LA MORBIMORTALIDAD EN MUJERES DE 35 A 45
AÑOS DE EDAD QUE FUERON ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, GUARANDA-2017”.**

AUTORAS:

**LISSETH MONTENEGRO CHAVEZ
LISSETTE MOYOTA CONTRERAS**



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

**DR. ORELLANA GAIBOR HUGOLINO, MSC.
DECANO O DELEGADO (A)**

**DR. BERMEO NICOLA CESAR AUGUSTO, MSC.
COORDINADOR DE LA CARRERA
O DELEGADO (A)**

**LCDA. BERNAL MARTÍNEZ ELSA MARÍA, MSC.
COORDINADOR GENERAL DEL CIDE
O DELEGADO (A)**

**AB. CARLOS FREIRE NIVELA
SECRETARIA GENERAL (E)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
TEMA	
RESUMEN	I
INTRODUCCIÓN	III
CAPITULO I.	
1. PROBLEMA	1
1.1 Marco Contextual	1
1.1.2 Contexto Internacional	1
1.1.3 Contexto Nacional.	2
1.1.4 Contexto Regional.	3
1.1.5 Contexto Local y/o Institucional	4
1.2 Situación problemática	5
1.3 Planteamiento del Problema	6
1.3.1 Problema General	7
1.3.2 Problemas Derivados (si los tiene)	7
1.4 Delimitación de la Investigación	8
1.5 Justificación	9
1.6 Objetivos	10
1.6.1 Objetivo General	10
1.6.2 Objetivos Específicos	10
	11
CAPITULO II	
2. MARCO TEÓRICO	11
2.1 Marco teórico	12
2.1.1 Marco conceptual	13
2.1.2 Retención Placentaria	13
2.1.3 Fisiopatología	13
2.1.4 Factores de riesgo	14
2.1.5 Tipos de retención placentaria	15

2.1.6	Signos de retención placentaria	15
2.1.7	Riesgos de retención placentaria	16
2.1.8	Formas clínicas y frecuencia de presentación	17
2.1.9	Tratamiento	18
2.1.10	Realización de extracción manual de la placenta según Ministerio de Salud Pública del Ecuador	18
2.1.11	Morbimortalidad materna	21
2.1.12	Datos y Cifras	21
2.1.13	Causas de mortalidad materna	22
2.1.14	Definiciones básicas referentes a la mortalidad materna	23
2.1.15	Importancia de la morbimortalidad materna	25
2.1.16	Cifras en el Ecuador	26
2.1.2	Antecedentes investigativos	28
2.2	Hipótesis	30
2.2.1	Hipótesis general	30
2.2.2	Hipótesis específicas (si las tiene)	30
2.3	Variables	31
2.3.1	Variables Independientes	31
2.3.2	Variables Dependientes	31
2.3.3	Operacionalización de las variables	32
CAPITULO III.		33
3.	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	33
3.1	Método de investigación	33
3.2	Modalidad de investigación	33
3.3	Tipo de Investigación	34
3.4	Técnicas e instrumentos de recolección de la Información	35

3.4.1	Técnicas	35
3.4.2	Instrumento	35
3.5	Población y Muestra de Investigación	36
3.5.1	Población	36
3.5.2	Muestra	36
3.6	Cronograma del Proyecto	37
3.7	Recursos	38
3.7.1	Recursos humanos	38
3.7.2	Recursos económicos	38
3.8	Plan de tabulación y análisis	39
3.8.1	Base de datos	39
3.8.2	Procesamiento y análisis de datos	44
CAPITULO IV		45
4	RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	45
4.1	Resultados obtenidos de a investigación	45
4.2	Análisis e interpretación de datos	50
4.3	Conclusiones	53
4.4	Recomendaciones	54
CAPITULO V		55
5	PROPUESTA TEORICA DE APLICACIÓN	55
5.1	Título de la propuesta de aplicación	55
5.2	Antecedentes	56
5.3	Justificación	57
5.4	Objetivos	58
5.4.1	Objetivos generales	58
5.4.2	Objetivos específicos	58
5.5	Aspectos básicos de la propuesta de aplicación	59
5.5.1	Estructura general de la propuesta	60
5.5.2	Componentes	61
5.6	Resultados esperados de la propuesta	62

de aplicación

5.6.1 Alcance de alternativa 62

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 63

ANEXOS 66

ANEXO 1. Matriz de Consistencia.

ANEXO 2. Diagrama de barras de partos atendidos durante el 2017
Hospital Alfredo Noboa Montenegro 2017

ANEXO 3. Diagrama de barras de partos eutócicos simples y por
cesáreas Hospital Alfredo Noboa Montenegro 2017

ANEXO 4. Diagrama de barras de retenciones placentarias y
morbilidad materna Hospital Alfredo Noboa Montenegro 2017

ANEXO 5. Diagrama de barras de multiparidad y mal manejo de
Oxitocina Hospital Alfredo Noboa Montenegro 2017 .

ANEXO 6. Diagrama de barras de mal manejo de la tercera etapa
del parte y gestantes sin factores de riesgo Hospital Alfredo Noboa
Montenegro 2017

INDICE DE GRAFICOS.

GRAFICO 1: Causas de Mortalidad materna según la OMS.

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de partos por mes Hospital Alfredo Noboa
Montenegro 2017

Tabla 2. Distribución de partos eutócicos simples por mes Hospital
Alfredo Noboa Montenegro 2017.

Tabla 3. Distribución de partos por cesáreas Hospital Alfredo Noboa
Montenegro 2017.

Tabla 4. Frecuencia de Retenciones placentarias por mes Hospital
Alfredo Noboa Montenegro 2017.

Tabla 5. Frecuencia de morbilidad materna por mes Hospital Alfredo
Noboa Montenegro 2017.

Tabla 6. Frecuencia de Multiparidad por mes Hospital Alfredo Noboa
Montenegro 2017.

Tabla 7. Frecuencia del mal manejo de la aplicación de Oxitocina

por mes Hospital Alfredo Noboa Montenegro 2017.

Tabla 8. Frecuencia de mal manejo de la tercera etapa del parto por mes Hospital Alfredo Noboa Montenegro 2017.

Tabla 9. Frecuencia de gestantes atendidas sin factores de riesgo por mes Hospital Alfredo Noboa Montenegro 2017.

DEDICATORIA

A quienes han sido un verdadero baluarte para mí, además un ejemplo de constancia y responsabilidad, mis padres.

Quienes desde que emprendí este valioso sueño de ser obstetra me han motivado a continuar hasta fortalecer mis conocimientos.

A mis docentes y compañeros de la Universidad Técnica de Babahoyo, así como a mi tutor y a los médicos del Hospital Alfredo Noboa Montenegro en la ciudad de Guaranda.

Hoy, recuerdo toda la trayectoria de mi carrera y sin duda alguna el Autor y Consumador de mi fe estuvo respaldándome bajo cada circunstancia, sin duda alguna me llevaba tomada de su mano en esta travesía para que pueda llegar a la meta.

Quiero exaltar su Nombre y alabarlo por su infinita misericordia, porque me ha enseñado que con paciencia y haciendo las cosas con amor se pueden obtener resultados valiosos en beneficio de los demás, demostrando a través de mi trabajo tesonero el amor hacia mi prójimo. Cada día mi fe fue creciendo y se ha ido consumando su propósito en mi vida, haciendo de mí una vasija de barro en manos del mejor Alfarero. Hoy me siento una profesional mucho más fuerte, y apasionada por mis convicciones como tal, decidida a tomar lo que por heredad me corresponde.

LISSETH STEFANIA MONTENEGRO CHÁVEZ

DEDICATORIA

El presente trabajo es el reflejo de vida brindada por Dios, por haberme llenado de fuerzas, por fortalecer e iluminar mi corazón para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se me presentaban, enseñándome así a no perder nunca la dignidad y caer en el intento.

A los mejores padres con los que Dios pudo bendecirme: Jorge Moyota y Cecibel Contreras quienes constituyeron la familia más hermosa: Rolando, Helen y Jorge y a la vida en si por haberme premiado con mi mamita Angélica (+), con una sobrina hermosa mi Angélica Isabella y con mi gran amor Kirk Veliz.

Al Templo del saber que elegí para convertirme en la profesional que hoy logro ser, donde conocí a docentes y compañeros que fueron parte importante de esta trayectoria académica ;a ti mi querida Universidad Técnica de Babahoyo.

De manera especial y no menos importante A mi tutor de tesis: Dr. Herman Romero por la ayuda brindada, su paciencia y tenacidad para que esté presente trabajo pueda llevarse a cabo y al establecimiento de salud que me abrió sus puertas durante un año: Hospital Alfredo Noboa Montenegro en la ciudad de Guaranda.

LISSETTE CECIBEL MOYOTA CONTRERAS

AGRADECIMIENTO

El término “gratitud” resume el sentimiento de estimación y reconocimiento que una persona tiene hacia quien le ha hecho un favor, según el diccionario. Basándome en ello, quiero extender estas líneas a quienes de una u otra forma con sus buenas y malas acciones me impulsaron para alcanzar el éxito.

Gracias a ellos puedo decir, que mi sueño profesional es una realidad y que la suma de cada diferencia, cada mala acción, dieron como resultado el que sea un mejor ser humano, una buena hija, una alumna dedicada y porque no decirlo una excelente profesional.

Hoy, les quiero decir que cada obstáculo me sirvió para darme cuenta de mi capacidad y del alto grado de inteligencia emocional que puedo tener ante cada mundo, ya que cada persona es eso: Un mundo.

A todos aquellos que dudaron de mi proceder, que me juzgaron muchas veces antes de consultar y que hasta hicieron una película de ciencia ficción con mi nombre les quiero decir GRACIAS POR SER PARTE DE MI ÉXITO PROFESIONAL.

A los que amamos a Dios todas las cosas todas no solo las buenas, sino también las malas y aún las más malas nos ayudan a bien.

LISSETH STEFANIA MONTENEGRO CHAVEZ

AGRADECIMIENTO

A Dios por la Vida de mis padres: Jorge y Cecibel que con sus esfuerzos impresionantes y su amor tan invaluable me formaron con reglas y algunas libertades pero quienes constantemente me motivaron a cumplir este gran sueño que hoy se ha hecho realidad.

A mis hermanos: Rolando, Helen y Jorge por sus consejos y por la fuerza brindada para seguir cuando ya no podía más.

A mi novio Kirk Veliz por haberme brindado su amor, por ser quien me tuvo barra propia para terminar mi proceso de titulación.

A mi sobrina Angélica Isabella por ser mi inspiración diaria para ser mejor cada día.

Pero en especial y con profundo amor a mi ángel en el cielo: Angelita esto fue por ti mamita por todo el amor que me entregaste en vida.

Gracias Universidad Técnica de Babahoyo, compañeros de aula, docentes, Tutor de tesis: Dr. Herman Romero y a ti mi querido y recordado Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

Gracias a ustedes, finalmente lo logré

LISSETTE CECIBEL MOYOTA CONTRERAS

TEMA.

“PREVALENCIA DE RETENCIONES PLACENTARIAS Y SU RELACIÓN CON LA MORBIMORTALIDAD EN MUJERES DE 35 A 45 AÑOS DE EDAD QUE FUERON ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, GUARANDA-2017”.

RESUMEN

La retención placentaria es una de las principales complicaciones puerperales que representan causa de morbimortalidad materna. El objetivo de la presente investigación tiene como propósito establecer la Prevalencia de retenciones placentarias y su relación con la morbimortalidad en mujeres de 35 a 45 años de edad. Para realizar este trabajo se utilizó una investigación observacional y retrospectiva. La población está conformada por las 1.379 mujeres atendidas que acudieron Hospital Alfredo Noboa Montenegro durante el año 2017 y que fueron atendidas por partos eutócicos simple y partos por cesárea. La muestra está conformada por las 301 mujeres y se obtuvo mediante un programa estadístico Launch Stats V 2.0; El instrumento para la recolección de la información fueron las historias clínicas de cada paciente. Los datos fueron asentados y tabulados en tablas estadísticas, para los cuales se realizaron cuadros y gráficos. Los resultados de esta investigación permitieron concluir que la tasa de prevalencia de retenciones placentarias es alta y que su relación con la morbimortalidad está asociada a la multiparidad. Se recomienda que los resultados del presente trabajo investigativo sean valorados por quienes tienen en sus manos la atención de los servicios de asistencia obstétrica del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, a fin de establecer mecanismos de ayuda que mejoren las técnicas de atención especificándose la atención del trabajo de parto para de esta manera disminuir las retenciones placentarias y sus consecuencias como las hemorragias postparto.

Palabras claves: Placenta, retención placentaria, morbimortalidad, hemorragia posparto, multiparidad

ABSTRACT

Placental retention is one of the main puerperal complications that represent cause of maternal morbidity and mortality. The purpose of the present investigation is to establish the prevalence of placental retentions and their relationship with morbidity and mortality in women between 35 and 45 years of age. To perform this work, an observational and retrospective investigation was used. The population is made up of 1,379 women who attended the Alfredo Noboa Montenegro Hospital during 2017 and who were attended by simple eutocic births and cesarean deliveries. The sample consists of 301 women and was obtained through a statistical program Launch Stats V 2.0; The instrument for the collection of the information was the clinical histories of each patient. The data were settled and tabulated in statistical tables, for which charts and graphs were made. The results of this investigation allowed us to conclude that the prevalence rate of placental retentions is high and that its relationship with morbidity and mortality is associated with multiparity. It is recommended that the results of this research work be assessed by those who have in their hands the attention of the obstetric assistance services of the Alfredo Noboa Montenegro Hospital, in order to establish aid mechanisms that improve the care techniques specifying the attention of the work of delivery in order to reduce placental retentions and their consequences, such as postpartum hemorrhages.

Key words: placenta, placental retention, morbidity and mortality, postpartum hemorrhage, multiparity.

INTRODUCCIÓN.

La retención placentaria es una patología que se presenta en el tercer período del parto, en el alumbramiento, lo que desencadena en algunos casos las hemorragias, estas pueden presentarse antes o después de la expulsión de la placenta, así como pueden caracterizarse por ser de gran intensidad, teniendo en cuenta que según el Ministerio de Salud Pública la hemorragia posparto es: “la pérdida de sangre que supera los 500 mL

en un parto vaginal y que supera 1.000 mL en un parto por cesárea”.

La placenta retenida es una complicación que puede ocasionar la muerte de la madre si no se controla la hemorragia que deriva de esta afección, en ocasiones la placenta permanece parcial o totalmente adherida a la pared del útero y no se expulsa, lo que requiere de la extracción manual de la placenta y en casos graves que comprometen el órgano (útero) se realizara una intervención quirúrgica, aumentando el riesgo de mortalidad.

En el presente trabajo de investigación se determinará la prevalencia de retenciones placentarias y su relación con la morbimortalidad en mujeres de 35 a 45 años de edad que fueron atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda-2017.

Por tratarse de un proyecto de tipo observacional y retrospectivo se basará en la recolección de información obtenida de las historias clínicas de las pacientes que presentaron dicha patología durante el tercer periodo del parto y que se encasillan dentro de los criterios de inclusión que delimita el trabajo de investigación. Para de esta manera aportar con

información idónea para implementar programas de prevención de la mortalidad materna por retención placentaria, ya que con adecuados controles prenatales se podría diagnosticar de manera oportuna la posibilidad de que se presente esta complicación durante el parto independientemente de la modalidad por la que se efectuó la extracción del producto y posterior de la placenta sea esta parto eutócico o cesárea. Logrando así disminuir los riesgos derivados de transfusiones masivas, cirugías radicales como la histerectomía, infecciones y hasta la muerte.

CAPITULO I.

1. PROBLEMA.

1.1. Marco Contextual.

1.1.1. Contexto Internacional.

La retención placentaria es la tercera causa (20-30%) por la que se presenta la hemorragia en el posparto y según un artículo en la Revista Médica de La Paz – Bolivia cita que: *“De acuerdo a Herschderfer un 60% de todas las muertes maternas ocurren en el periodo postparto y un 45% en las primeras 24 horas”*. (Dra. Asturizaga & Dra. Toledo-Jaldin, 2014), así también lo indica un estudio realizado en el Hospital de Vitarte – Ica / Perú en el año 2016, sobre un caso clínico de una paciente de 39 años, multigesta de 38 semanas, en el que se registra lo siguiente : *“En la presente revisión de caso clínico hemos encontrado que la placenta retenida es una complicación potencialmente mortal debido a su asociación con la hemorragia postparto lo que hemos verificado al observar depleción de los niveles de hemoglobina y hematocrito ”*. (Benites-Vidal, 2016).

Así podemos observar como a nivel internacional se identifica a la retención placentaria como una de las causas de hemorragia en el posparto, pudiendo incidir en la mortalidad de las pacientes que presentan esta complicación.

1.1.2. Contexto Nacional.

En Ecuador existe la diversidad cultural y por ende las comunidades mantienen algunas tradiciones ancestrales, en el ámbito obstétrico aún se mantienen rituales así como se apegan a restricciones por los tabúes sobre la sexualidad, lo que condiciona a estar en desconocimiento e incluso deficiencia de asistencia médica científica, por lo cual las complicaciones obstétricas prenatales, parto y puerperal, son de gran importancia estadístico en los índices de muerte materna, la retención placentaria se asocia a una complicación mayor, y según el Ministerio de Salud Pública su prevalencia es de 10% del total de las muertes maternas por hemorragias obstétricas y en la Guía de Práctica Clínica: Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto se la menciona en la clasificación diciendo que: *“La Hemorragia Post Parto (HPP) secundaria o tardía se produce entre las 24 horas y seis semanas posparto. La mayoría de los casos de HPP tardía se deben a la retención de productos de la concepción, infección o ambas”*. (MSP, 2013.)

También encontramos que el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el Ecuador, reporto en el año 2013 que las muertes maternas por retención de la placenta o de las membranas sin hemorragia son de 1,94% del total de las muertes maternas por diversas patologías obstétricas. (Muñoz-Hidalgo, 2013)

En el año de septiembre del 2012 a febrero del 2013, se realizó una investigación sobre “Incidencia de las complicaciones de la hemorragia posparto en mujeres adolescentes en la maternidad Matilde Hidalgo de Procel”, en la que se deseaba identificar los factores que producen hemorragia en el post- parto, obteniendo como resultados predominantes se halló: “La retención de restos placentarios en un 50%”. (Muñoz-Hidalgo, 2013).

Como se puede observar a nivel nacional la retención placentaria en una causa de muerte materna que representa un problema de salud con la necesidad de erradicarse para bien de la comunidad que dependen del núcleo familiar y se ve afectado por esta problemática.

1.1.3. Contexto Regional.

A nivel regional no se observan datos existentes sobre la incidencia o prevalencia de casos de retención placentaria ni como morbimortalidad ni mortalidad, pero haremos una comparación en resultados basados en estudios que fueron realizados en instituciones pertenecientes a la región sierra del Ecuador.

En cuanto a la retención placentaria se encontró que un estudio realizado en la ciudad de Riobamba, denominado "FACTORES DE RIESGO DE PATOLOGÍAS PUERPERALES, HOSPITAL JOSE MARIA VELASCO IBARRA. 2010", en el cual 66 fueron las pacientes que presentaron patologías puerperales y de esta forma se reportó como resultados de la investigación que: *"De acuerdo a la frecuencia de presentación de mayor a menor esta predominando 49%(32 pacientes) el Alumbramiento Incompleto"*, (Pazán-Garcés, 2010).

En otra investigación consultado que fue desarrollada en Sucúa-Cuenca con denominada "PREVALENCIA Y ETIOLOGIA DE HEMORRAGIA POSPARTO INMEDIATA Y TARDÍA EN MUJERES QUE ACUDEN AL HOSPITAL BÁSICO SUCÚA EN EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2017", determinó que: " la retención placentaria es muy infrecuente representando tan solo el 1.3% del total de casos" (Guapizaca-Bermeo, 2017).

Observamos así que en ambos estudios las retenciones placentarias están presentes en la región sierra de Ecuador.

1.1.4. Contexto Local y/o Institucional.

En la ciudad de Guaranda de la provincia Bolívar está ubicado el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, es una institución de atención de segundo nivel el cual tiene entre sus servicios el área ginecoobstetricia de emergencia y de consulta externa, en los cuales se atienden a pacientes con todo tipo de temas obstétricos y ginecológicos lo que nos ofrece la posibilidad de identificar en esta institución la prevalencia de retención placentaria y su relación con la morbilidad y mortalidad en las pacientes, así encontramos un estudio realizado en el año 2012, titulado “Factores de riesgo que inciden en hemorragias postparto vaginal en mujeres indígenas atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro” en el cual se cuantifica también las causas por las que se presentaron hemorragias secundarias, y se obtuvo como resultado que : *“por la retención placentaria con el 37%”* (Ruiz-Quinga, 2012).

En este caso se puede corroborar que las tasas de mortalidad materna en este hospital son altas tomando en cuenta que en el estudio la muestra fue de 65 mujeres (100%) que padecieron hemorragia posparto y de este total 24 (37%) fue a causa de retención placentaria. (Ruiz-Quinga, 2012)

1.2. Situación problemática.

La retención placentaria es una patología que da paso a la hemorragia post-parto, debido a que la placenta al no ser expulsada en su debido tiempo, ocasiona que el útero no pueda contraerse y regrese a su tamaño normal por lo que continuara sangrando convirtiéndose en una hemorragia potencialmente mortal, por presentarse de súbito en la mayoría de los casos en las regiones de nuestro país en los que se cuenta con escasos instrumentos tecnológicos, poco personal capacitado y reducido número de fármacos necesarios, la mortalidad materna por esta causa se vuelve un problema no solo de salud sino también social y familiar por la orfandad que representa para los hijos de estas mujeres que fallecen en el postparto.

El diagnóstico de esta patología puede ocurrir de forma oportuna durante el transcurso de la gestación, donde un rastreo ecográfico puede predecir esta situación, para esto se espera un buen proceso de controles prenatales en los que se tomen medidas correctivas para tratar de disminuir las complicaciones y daños colaterales como una posible histerectomía de emergencia.

En mujeres de 35 a 45 años de edad que fueron atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la ciudad de Guaranda durante el año 2017, se observó complicaciones relacionadas a la morbilidad que podían deberse a la retención placentaria, lo que incentiva la necesidad de establecer la relación que existe entre la retención placentaria y la morbilidad en estas pacientes, ya que las consecuencias conllevan a situaciones extremas en los que los escasos recursos económicos de las pacientes inciden en la aplicación tardía o nula de un tratamiento idóneo a tiempo con lo cual se pueda salvar sus vidas y evitar secuelas.

1.3. Planteamiento del Problema.

La mortalidad materna (MM) es una de las principales preocupaciones de la salud pública y representa un buen indicador para medir la calidad asistencial, indicador que permite además, establecer las diferencias socioeconómicas entre los países. (Asturizaga & Toledo, 2014)

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) son activos en promover la prevención de la morbilidad materno-fetal secundaria a hemorragias postparto. Para ello se han elaborado guías de acción, protocolos de estudio de factores de riesgo y consentimientos informados, todos basados en medicina basada en la evidencia y considerando las opiniones de expertos. El acceso a métodos diagnósticos, elementos terapéuticos, personal médico capacitado, condiciones nutricionales y de salud de la población y acceso a centros de salud calificados, varía según el país en que nos encontremos. (Solari , Solari, Wash, Guerrero, & Enriquez, 2014).

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. La retención placentaria es una urgencia que puede ocurrir en una sala de partos, pudiendo ser en ocasiones letal. Por ello, la matrona debe conocer cuáles son las recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible, en la cual se recomienda un manejo activo del alumbramiento, ya que se asocia a una disminución del riesgo de hemorragia postparto (HPP). (Martinez Martin, Martinez Galan, Manrique Tejedor, Macarro Ruiz, & Miguelez Llamazares, 2013)

1.3.1. Problema General.

¿Cuál es la prevalencia de retenciones placentarias y su relación con la morbimortalidad en mujeres de 35 a 45 años de edad que fueron atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda-2017?

1.3.2. Problemas Derivados.

1. ¿Cuál es la incidencia de retenciones placentarias en mujeres de 35 a 45 años de edad que fueron atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda-2017?
2. ¿Cuáles son los factores de riesgo de la morbimortalidad en mujeres de 35 a 45 años con retenciones placentarias, que fueron atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda-2017?

1.4. Delimitación de la Investigación.

El presente trabajo, basara la delimitación de la investigación de acuerdo a los lineamientos establecidos por la Universidad Técnica de Babahoyo, la cual establece lo siguiente:

- Área de investigación: Hospital Alfredo Noboa Montenegro perteneciente al Ministerio de Salud Publica
- Línea de investigación según la Facultad de Ciencias de la Salud: salud sexual y reproductiva.
- Investigación aplicada a la Carrera: atención del parto humanizado culturalmente adecuado
- Problema: Prevalencia de retenciones placentarias y su relación con la morbimortalidad en mujeres de 35 a 45 años de edad que fueron atendidas en el hospital Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda-2017.
- Objetivo: Establecer la prevalencia de retenciones placentarias y su relación con la morbimortalidad en mujeres de 35 a 45 años de edad que fueron atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda-2017.

1.5. Justificación.

La finalidad del presente trabajo de investigación es determinar la prevalencia de retenciones placentarias y su relación con la morbimortalidad en mujeres de 35 a 45 años de edad que fueron atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro en el año 2017, para poder considerar alternativas de prevención, diagnóstico y tratamiento temprano de acuerdo a la necesidad de la población, dando así respuesta a esta problemática.

Como es sabido los problemas de morbi-mortalidad materna y fetal se incrementan con esta patología obstétrica, poniendo en grave riesgo la salud materno fetal, hasta el punto de convertirse esta problemática en un caso de Salud Pública; por tal razón es imprescindible que los casos de retenciones placentarias sean tratados por profesionales especializados, complementándose esto con un eficiente control prenatal de las gestantes expuestas al riesgo.

Es factible la realización de este trabajo porque se cuenta con el apoyo del servicio de Ginecología y de su director para el ingreso a cada uno de los expedientes clínicos de las pacientes y así obtener información y datos relacionados con el tema de estudio para poder desarrollar este trabajo de investigación.

1.6. Objetivos.

1.6.1. Objetivo General.

Establecer la prevalencia de retenciones placentarias y su relación con la morbimortalidad en mujeres de 35 a 45 años de edad que fueron atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda-2017.

1.6.2. Objetivos Específicos.

1. Determinar la incidencia de retenciones placentarias en mujeres de 35 a 45 años de edad que fueron atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda-2017
2. Identificar los factores de riesgo de la morbimortalidad en mujeres de 35 a 45 años con retenciones placentarias, que fueron atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda-2017.

CAPITULO II.

2. MARCO TEÓRICO.

2.1. Marco Teórico.

Cada día mueren unas 1.000 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. En el 2008 murieron 358.000 mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio. El 99% de esas muertes se produjo en países en vías de desarrollo y la mayoría eran muertes prevenibles. Por lo tanto, es importante incorporar prácticas de prevención, ya que la retención Placentaria es una urgencia que requiere un adecuado y oportuno accionar de un equipo multidisciplinario para su manejo.

La Organización Mundial de la Salud reveló que para el año 2010, la Tasa de Mortalidad Materna mundial es de 402 muertes/100.000 nacidos vivos, y en la declaración del milenio propuso reducir a 100/100.000 nacidos vivos para el año 2015 (75%). De acuerdo a datos que aporta la "Confidencial Enquiries into Maternal Death and Child Health" (CEMACH), referente de mortalidad para los países desarrollados, las muertes maternas de causa directa han disminuido de 6.24 /100.000 nacimientos a 4.67/100.000, trienio 2006-2008. Se asume que esta reducción fue debida a la disminución de muertes causada por enfermedad tromboembólica, siendo la primera causa de muerte materna la sepsis. Las causas indirectas no han variado, la cardiopatía continúa siendo la principal causa de muerte indirecta.

Las principales razones que explican esta elevada incidencia son: la falta de acceso de parto asistido por personal capacitado y la práctica inadecuada o limitada del manejo activo del alumbramiento. Cuando la paciente es asistida en los servicios de salud, la demora en el reconocimiento de la hipovolemia y el inadecuado reemplazo del volumen, son la razón principal de Mortalidad Materna.

Se estima que alrededor de 14 millones de mujeres sufren una pérdida de sangre severa después del parto, el 1% de éstas muere y un 12% adicional sobrevive con anemia severa. (Dra. Asturizaga & Dra. Toledo-Jaldin, 2014)

2.1.1. Marco Conceptual.

La placenta órgano complejo encargado de la secreción de hormonas y enzimas, realiza el transporte de nutrientes y productos metabólicos y permite el intercambio de gases. Con el aumento de la edad materna y de las cesáreas, la incidencia de placenta previa, de acretismo placentario y de Retención Placentaria ha incrementado, convirtiéndose ambas condiciones en problemas para la obstetricia moderna (Ávila Darcia, Alfaro Moya, & Olm, 2016).

2.1.2 Retención Placentaria

Definición: Alumbramiento placentario que no ocurre luego de 30 minutos posparto con abundante sangrado, pese a realizar manejo activo de la tercera etapa de la labor de parto.

2.1.3 Fisiopatología

El alumbramiento o tercer periodo del parto transcurre desde el nacimiento hasta la expulsión de la placenta y las membranas. La placenta se halla sujeta a la decidua basal, mediante los tabiques y Velloidades de anclaje que se extiende en profundidad hasta parte de la capa esponjosa de la decidua. Por lo tanto, la expulsión del feto y la aparición de contracciones retro placentarias concomitantes, originan una sensible reducción del tamaño del útero.

La reducción del volumen contenido en el útero, conllevará a una gran disminución de la superficie de inserción placentaria, provocando el plegamiento de la placenta, lo que produce fuertes contracciones en la zona de inserción, y terminan desgarrándola en su punto más débil de la capa esponjosa de la decidua. Se produce una contracción y retracción del miometrio, generando un efecto de colapso de las fibras oblicuas alrededor de los vasos sanguíneos, formándose las ligaduras vivientes de Pinard. (Quilindo Giraldo, Osorio , Ramirez, & Caicedo, Colombian Journal of Medical Students, 2017)

El desprendimiento causado, seguirá progresando por el aumento de volumen del hematoma que se forma en la superficie de desinserción, con la ayuda de las contracciones uterinas. La placenta queda en pocos minutos totalmente desprendida, libre en la cavidad uterina.

Mediante estudios ultrasonográficos, se ha identificado que las contracciones producidas antes del alumbramiento no son suficientes para causar el desprendimiento de la placenta. El miometrio es incapaz de lograr la fuerza necesaria para ello y la duración de la tercera etapa del parto se ve prolongada, debido a la insuficiencia contráctil en la zona retro placentaria. (Quilindo Giraldo, Osorio , Ramirez, & Caicedo, Colombian Journal of Medical Students, 2017)

2.1.4 Factores de riesgo de retención placentaria

1. Legrado uterino Múltiple
2. Fibromatosis uterina
3. Prematuridad
4. Mala conducción del trabajo de parto
5. Mal manejo de la etapa del alumbramiento
6. Multiparida

2.1.5 Tipos de retención placentaria

Hay tres tipos esenciales de placenta retenida, entre ellas están:

1. La retención total: cuando transcurren más de 30 minutos después de la expulsión del feto; obedece a la falta de contracción y retracción uterina adecuadas que impide el desprendimiento.
2. La retención parcial: cuando hay desprendimiento de la placenta pero existe la adherencia de uno o más cotiledones por ausencia o atrofia de la decidua
3. La placenta ácreta: las vellosidades coriales se insertan directamente en el miometrio en ausencia de decidua basal y de la banda fibrinoide de nitabuch. (Quilindo Giraldo, Osorio , Ramirez, & Caicedo, Colombian Journal of Medical Students, 2017)

2.1.6 Signos de retención placentaria

Una de las partes más importantes dentro del alumbramiento es la comprobación de la expulsión total de la placenta. El equipo médico se asegurará siempre de que todo el órgano ha sido eliminado. Si dentro de los 30 minutos después de la expulsión del producto no se producen los siguientes signos, es indicación existente de retención placentaria. (Salva, Castillo, Moreno , Dolz, & Gijon, 23 de Myo 2018)

1. Elongación del cordón umbilical
2. Bocanada de sangre por la vagina
3. Cambio en la forma del fundus uterino.

El motivo es porque, aunque se expulse gran parte de la placenta siempre pueden quedar trozos que supongan una complicación por infección en el proceso de postparto. Por lo general, estos síntomas son:

1. Fiebre.
2. Flujo vaginal con olor.
3. Calambres.
4. Hemorragia postparto.
5. Retraso en la producción de leche materna.

2.1.7 Riesgos de la retención placentaria

Estas son las consecuencias de la retención de la placenta:

1. Involución uterina: se trata de la incapacidad del útero para volver a su tamaño original tras el parto. Esto incrementa el riesgo de hemorragias. Lo natural es que el útero se contraiga, para detener el sangrado en el lugar donde la placenta estaba adherida.
2. Inversión del útero: sucede cuando la placenta no ha sido eliminada y a consecuencia de una opresión continua en el fondo uterino. Esta complicación consiste en la inversión del útero dentro de su propia cavidad.

3. Inhibición de la producción de leche materna: el cerebro de la mujer recibe la orden de producir leche cuando la placenta ha sido expulsada. Este órgano es el encargado de generar estrógenos y gestágenos. Las hormonas necesarias para la gestación del bebé. Si la expulsión de la placenta no ocurre esta orden no llega al cerebro retrasando así la fase de la lactancia materna y la subida de la leche materna. Una de las soluciones cuando los médicos observan que la placenta no ha sido expulsada es poner inmediatamente el bebé a mamar. Esto en ocasiones acelera el proceso de expulsión placentaria. (Salva, Castillo, Moreno , Dolz, & Gijon, 23 de Myo 2018)

2.1.8 Formas clínicas y frecuencia de presentación

1. Incarceración de la placenta desprendida que permanece en cavidad uterina o parcialmente en vagina por espasmo uterino.
2. Retención placentaria por debilidad de las contracciones uterinas o adherencia patológica de la placenta (acretismo placentario). En esta última situación patológica, la placenta se adhiere directamente al miometrio sin una capa de decidua basal interpuesta.

Se diferencian tres grados según la profundidad alcanzada por las vellosidades:

- Ácreta: llegan al miometrio.
- Íncreta: invaden el miometrio.
- Pécreta: perforan la pared uterina.

2.1.9 Tratamiento

En caso de no conseguir la expulsión de la placenta, debe realizarse:

1. Alumbramiento manual bajo anestesia.
2. Si no se consigue extraer completamente puede tratarse de un acretismo, que precisará de un legrado uterino posterior cuando es parcial.
3. Histerectomía (extirpación del útero) cuando es completo el acretismo.

2.1.10 Realización de extracción manual de la placenta según Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

- Si el alumbramiento fue incompleto solicite urgente Anestesiólogo para extracción manual de placenta, revisión de cavidad uterina y compresión bimanual para tratar la atonía hipotonía uterina secundaria que se puede producir.
- Realice el manejo inmediato descrito en hemorragia de la tercera etapa de la labor de parto.
- Continúe masajeando el útero atónico si no logra contraerse después del parto.

- Si se acompaña de sangrado abundante y atonía hipotonía uterina use los medicamentos oxitócicos que se pueden administrar juntos o en forma secuencial.
- Si el sangrado continúa a pesar del tratamiento uterotónico y la compresión uterina y el manejo activo de la tercera etapa de la labor de parto, realice extracción manual de placenta y/o membranas.
- Prepare rápidamente el equipo necesario y comuníquelo a Anestesiología Explique a la mujer (y a la persona que la apoya) qué es lo que se va a realizar, escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes.
- Brinde apoyo emocional continuo y tranquilícela.
- Administre la anestesia
- Cateterice la vejiga
- Administre antibióticos profilácticos.
- Lávese las manos y los antebrazos minuciosamente.
- Póngase barreras protectoras para el médico: gafas, gorra, mascarilla, guantes y bata quirúrgica.

- Sostenga el cordón umbilical con una pinza y hale el cordón con delicadeza.
- Coloque los dedos de la otra mano en la vagina y hacia dentro de la cavidad uterina hasta ubicar la placenta.
- Aplique contra tracción por vía abdominal.
- Mueva la mano a un lado y a otro, con un movimiento lateral continuo, hasta que la placenta entera se separe de la pared uterina.
- Retire la mano del útero, arrastrando con ella la placenta, mientras continúa aplicando contra tracción abdominal.
- Administre 20 UI de oxitocina en 1000 cc de líquidos IV a 125 cc/h. Pida a un asistente que masajee el fondo del útero para estimular la contracción uterina tónica.
- Si hay sangrado profuso continuo, administre metilergonovina 0,2 mg 1 ampolla IM o misoprostol 600 ug VO o SL adicionales.
- Examine las membranas y la superficie uterina de la placenta para asegurarse de que se extrajo íntegra.
- Mantenga el cuidado posterior descrito en hipotonía atonía uterina. (MSP, 2013.)

2.1.11 Morbimortalidad Materna

Definición: Probabilidad de sufrir enfermedad o muerte durante la gestación o en el proceso de postparto.

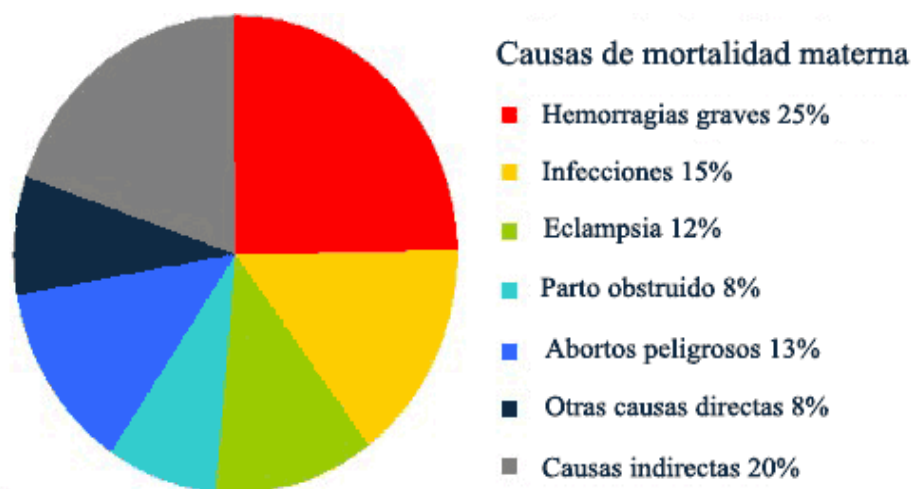
2.1.12 Datos y cifras

- Cada día mueren aproximadamente casi 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto.
- Un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo.
- La mortalidad materna es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres.
- En comparación con otras mujeres, las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo.
- La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos.
- La mortalidad materna mundial se ha reducido en alrededor del 44% entre 1990 y 2015.

- La meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es reducir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2030. (OMS, 16 de Febrero del 2018)

La mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2015 se estimaron unas 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado. Desde 1990 varios países subsaharianos han reducido a la mitad su mortalidad materna. En otras regiones, como Asia y el Norte de África, los progresos han sido aún mayores. Entre 1990 y 2015, la RMM mundial (es decir, el número de muertes maternas por 100 000 nacidos vivos) solo se redujo en un 2,3% al año. Sin embargo, a partir de 2000 se observó una aceleración de esa reducción. En algunos países, las reducciones anuales de la mortalidad materna entre 2010 y 2015 superaron el 5,5%. (OMS, 16 de Febrero del 2018)

2.1.13 Causas de mortalidad materna



2.1.14 Definiciones básicas referentes a la Mortalidad Materna

Dentro del Marco Conceptual de la investigación de la Mortalidad Materna tiene como base las siguientes definiciones que constan en la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima revisión –CIE-10. A continuación se detallan las definiciones utilizadas:

1. Causa básica de defunción: se define como “todas aquellas enfermedades estados morbosos o lesiones que produjeron la muerte o contribuyeron a ella, y las circunstancias del accidente o de la violencia que produjo dichas lesiones”. (Censos, 2017)
2. Defunción materna: es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio de embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. (Censos, 2017)
3. Muerte materna tardía: Una defunción materna tardía es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días pero antes de un año de la terminación del embarazo. (Censos, 2017)
4. Defunción que ocurre durante el embarazo, el parto o el puerperio: es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la causa de defunción (obstétrica y no obstétrica). (Censos, 2017)

5. Defunción obstétrica directa: son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto o puerperio) de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas. (Censos, 2017)
6. Defunción obstétrica indirecta: son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero si agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo. (Censos, 2017)
7. Muerte no materna: comprenden las defunciones de mujeres en edad fértil (10 a 49 años de edad) durante el periodo del embarazo, parto o puerperio, cuya causa básica de defunción está relacionada a causas incidentales o accidentales, pero no por complicaciones relacionadas al periodo del embarazo, parto o puerperio. (Censos, 2017)
8. Casos sospechosos de muerte materna: Se refiere a la muerte de toda mujer que fallece en edad fértil, y cuya causa básica de defunción requiere una investigación epidemiológica exhaustiva para descartar o confirmar una muerte materna. (Censos, 2017)
9. Razón de muerte materna: Estima la frecuencia de muertes maternas de 10 a 49 años de edad que ocurren hasta 42 días después del término del embarazo, atribuidas a causas ligadas al embarazo, parto y puerperio, con relación al total de nacidos vivos estimados. (Censos, 2017)

2.1.15 Importancia de la Morbimortalidad Materna

La muerte materna es un grave problema de salud pública que afecta sobre todo a los países pobres y presenta un gran impacto individual, familiar, social y económico. Las muertes maternas son de aproximadamente 800 mujeres cada día a nivel mundial, según la Organización Mundial de la Salud. La mayoría de las muertes maternas pueden ser evitadas si la mujer, su pareja, su familia y la comunidad aprenden a reconocer las señales de peligro a tiempo. El no demorar en la identificación de estas señales de peligro, el no demorar en acudir a un servicio de salud y el no demorar en recibir la atención calificada y oportuna son los principales factores que marcan la diferencia entre la vida y la muerte. (Ecuador, 2018)

Entre las señales de peligro a identificar tenemos:

- 1.- Sangrado vaginal en el embarazo
- 2.- Dolor intenso en el vientre
- 3.- Salida de líquido por la vagina antes de la fecha de parto
- 4.- Dolor de cabeza
- 5.- Escotomas
- 6.- Mareo
- 7.- Convulsiones
- 8.- Falta de movimientos del bebé

9.- Ardor al orinar o mal olor en la orina

10.- Parto demorado

11.- Fiebre

12.- Mala presentación del bebe

2.1.16 Cifras en el Ecuador

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente 800 mujeres mueren cada día a nivel mundial, siendo las principales causas de mortalidad la insuficiente comprensión de las señales de peligro durante el embarazo, la falta de transporte, la inaccesibilidad geográfica y la falta de atención oportuna durante el parto y postparto. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017)

En el Ecuador, a diciembre de 2017, se registraron 150 casos de fallecimientos de mujeres durante el embarazo, parto y post-parto, según la Gaceta de Muerte Materna del Ministerio de Salud. El mayor porcentaje de mortalidad materna por lugar de residencia se encuentra en Guayaquil, Samborondón y Durán, alcanzando el 23,33% de todos los casos (35 casos); seguidos por Santa Elena, Bolívar, Los Ríos y Galápagos con el 15,33% (22 casos).

Para dar respuesta a este problema de salud pública el MSP desarrolla líneas estratégicas para el mejoramiento de la calidad de la atención en sus establecimientos de salud; capacita al talento humano desde el primer nivel de atención (centros y puestos de salud) y controla el mejoramiento del equipamiento obstétrico. Para el Gobierno Nacional

reducir la mortalidad materna es un eje fundamental dentro de las políticas del sector social; por ello en el Plan Nacional del Buen Vivir “reducir la razón de mortalidad materna de 44,6 a 36,2 fallecimientos por cada 100 000 nacidos vivos a 2021”. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017)

2.1.2. Antecedentes Investigativos.

En el Hospital Carlos Lanfranco (Lima, Perú) en el año 2015 se realiza un estudio es descriptivo, transversal, y retrospectivo. La población de estudio está constituida por todas las puérperas que presentaron hemorragia inmediata post parto vaginal, atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el período de enero a diciembre de 2015, alcanzando un total 80 casos. La incidencia de hemorragia post parto es 5.3%. Las principales causas de hemorragia post parto fueron atonía uterina (63.75%), desgarros perineales (27.5%) y atonía más retención de restos placentarios (3.75%). La frecuencia de anemia ante parto es de 17.5%, la cual se incrementa en el postparto a 76.25%. Teniendo como conclusión detectar los factores de riesgo que presentan las gestantes durante el embarazo y en el intraparto para poder evitar y estar preparados ante cualquier complicación. (Candiotti Ramirez, 2015)

En el hospital Belén de Trujillo (Perú) se llevó a cabo un estudio de tipo analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. La población de estudio estuvo constituida por 136 gestantes; las cuales fueron divididas en 2 grupos: con retención placentaria o sin ella; se calculó el odds ratio y la prueba chi cuadrado. Resultados: No se apreciaron diferencias significativas en relación con las variables edad materna, edad gestacional y procedencia entre los pacientes con retención placentaria o sin ella. La frecuencia de multiparidad en gestantes con retención placentaria fue de $18/68= 26\%$. La frecuencia de multiparidad en gestantes sin retención placentaria fue de $8/68= 13\%$. La multiparidad es factor de riesgo para retención placentaria en gestantes con un odds ratio de 2.7 el cual fue significativo ($p<0.05$). Conclusiones: La multiparidad es factor de riesgo asociado a retención placentaria en gestantes del Hospital Belén de Trujillo. (Zavaleta Valderrama, 2018)

En el Hospital San José del Callao (Lima ,Perú), período enero a julio del 2014 se realizó un estudio de tipo retrospectivo, cualitativo en donde se obtuvo la información de 60 historias clínicas de pacientes obstétricas de parto eutócico que presentaron infección puerperal.. Los resultados obtenidos revelaron que dentro de los factores demográficos, la mayor incidencia de infección puerperal estuvieron entre las edades de 36 – 40 años el 33% de las pacientes no tuvieron control prenatal. En relación a los factores del parto, el 22% presentaron ruptura prematura de membranas, el 18% infección urinaria, el 17% infección vaginal, un 15% trabajo de parto prolongado, el 8% corioamnionitis y retención de restos placentarios, 7% desgarros cervicales, el 3% hemorragia post parto, solamente un 2% infección de herida placentaria y no hubo Isquemia de inversión uterina. (Muñoz Salazar, 2015)

Se comparó la morbilidad materna en embarazadas a término asociada con el parto vaginal y el parto por cesárea en el Hospital “Luis Gabriel Dávila”, en el período enero a agosto 2016. El estudio fue de tipo descriptivo, observacional de corte retrospectivo, en el cual se estudió la mayor tasa de morbilidad materna presentada al revisar las historias clínicas de las pacientes atendidas entre enero a agosto 2016, con embarazos a términos en partos por cesáreas en contraste con los partos vaginales teniendo una muestra de 264 pacientes de las cuales se obtuvo la información necesaria para crear la base de datos que se analizó mediante con frecuencias y porcentajes, aplicando la prueba estadística chi cuadrado, considerando la media, desviación estándar y p valor para relacionar variables Las causas de la morbilidad materna en embarazos a término relacionadas con el parto vaginal y el parto por cesárea fue la anemia postparto (28,30%), seguido de la atonía uterina (15,9%), infección del sitio quirúrgico (11,90%), endometritis (9,50%), retención placentaria (6,5%) y las transfusiones sanguíneas (5,80%). (Pozo Pozo, 2018)

2.2. Hipótesis.

2.2.1. Hipótesis General.

La retención placentaria se relaciona directamente con la morbimortalidad en mujeres de 35 a 45 años de edad que fueron atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda-2017.

2.2.2. Hipótesis Específicas.

1. La incidencia de retenciones placentarias en mujeres de 35 a 45 años de edad que fueron atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda-2017 es alta.
2. El factor de riesgo que más se relaciona con la morbimortalidad en mujeres de 35 a 45 años con retenciones placentarias, que fueron atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda-2017 es la multiparidad.

2.3. Variables.

2.3.1. Variable Independiente.

1. Retención placentaria.

2.3.2. Variable Dependiente.

1. Morbimortalidad materna.

2.3.3. Operacionalización de las Variables.

Variable	Definición Conceptual	Dimensión O Categoría.	Indicador	Índice
Retención Placentaria.	Es la no expulsión de la placenta dentro de los 30 minutos posterior a la expulsión del producto.	Hemorragia postparto	Retención placentaria total , parcial y ácreta	Partos eutócicos simples y partos por cesáreas
Morbi mortalidad materna	Probabilidad de sufrir enfermedad o muerte.	Multiparidad	Mujeres de 35 a 45 años	Partos eutócicos simples y partos por cesáreas

CAPITULO III.

3. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN.

3.1. Método de Investigación.

Este proyecto de investigación utilizará como método para su realización el observacional ya que se basará en la información contenida en los expedientes clínicos de las mujeres de 35 a 45 años de edad que presentaron retención placentaria, que fueron atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda-2017, llevando de lo general a lo específico al deducir la prevalencia de retenciones placentarias y su relación con la morbimortalidad en estas pacientes.

3.2. Modalidad de Investigación.

El trabajo de investigación que se realizara será con la modalidad cuantitativa ya que serán datos los que se obtienen de mujeres de 35 a 45 años de edad que presentaron retención placentaria y segundo, se identificará cuál es la relación que existe entre esta patología y la morbimortalidad en las pacientes.

3.3. Tipo de Investigación.

El siguiente proyecto de investigación será:

- **Según el propósito:** básica no experimental, ya que estará basada en la información de los expedientes clínicos de las de las mujeres de 35 a 45 años de edad que presentaron retención placentaria.
- **Según el lugar:** documental, debido a que se buscará información en expedientes clínicos de la institución y bibliográfica porque se pondrá como base científica los conceptos y teorías de autores.
- **Según nivel de estudio:** descriptiva puesto que se encargará de anotar la información sobre el tema de forma sistemática y secuencial.
- **Según la dimensión temporal:** longitudinal-retrospectiva ya que se utilizarán los expedientes clínicos de pacientes que fueron atendidas en el año 2017.

3.4. Técnicas e instrumentos de la recolección de la información.

3.4.1. Técnicas.

Estará basada en la realización de una hoja de datos en la cual se escogerá la información mediante la revisión de los expedientes clínicos de las pacientes seleccionadas.

3.4.2. Instrumentos.

Los instrumentos de recolección de los datos serán los expedientes clínicos de las pacientes atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro durante el año 2017.

3.5. Población y Muestra de Investigación.

3.5.1. Población.

La población total de mujeres de 35 a 45 años de edad atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro en el año 2017 durante su labor de parto fueron: 1.379 mujeres

3.5.2. Muestra.

Población de mujeres de 35 a 45 años de edad que fueron atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro en el año 2017 y que presentaron retención placentaria, se utilizó el programa estadístico Launch Stats V. 2.0 ; tomando en cuenta los siguientes datos:

- Tamaño de la población : 1.379 mujeres de 35 a 45 años de edad
- Porcentaje esperado de la muestra : 50%
- Nivel deseado de confianza :95%
- Error máximo aceptable : 5%
- Tamaño de la muestra: 301

3.6 Cronograma del Proyecto.

	Lunes 23-07-18 11- 13:00	Miércoles 25-07-18 11 - 14:00	Lunes 30-07-18 11 - 13:00	Miércoles 01-08-18 11 - 14:00	Lunes 06-08-18 11 -13:00	Miércoles 08-08-18 11 - 14:00	Jueves 09-08-18 11 - 13:00	Lunes 13-08-18 11 – 14:00	Miércoles 15-08-18 11 – 13:00	Viernes 17 -08-18 11 – 14:00
<ul style="list-style-type: none"> • Capítulo I • Problema • Marco conceptual 										
<ul style="list-style-type: none"> • Situación problemática • Planteamiento del problema. 										
<ul style="list-style-type: none"> • Problema general • Problemas derivados 										
<ul style="list-style-type: none"> • Delimitación de la investigación • Justificación 										
<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo general • Objetivo específico 										
<ul style="list-style-type: none"> • Capítulo II • Marco teórico 										
<ul style="list-style-type: none"> • Hipótesis general • Hipótesis específicas 										
<ul style="list-style-type: none"> • Variable independiente • Variable dependiente • Operacionalización 										
<ul style="list-style-type: none"> • Capítulo III • Método, modalidad, tipo de investigación • Técnicas e instrumentos • Población y muestra 										
<ul style="list-style-type: none"> • Capítulo IV • Capítulo V • Cronograma • Bibliografía • Anexos 										

3.7 Recursos

3.7.1 Recursos humanos

- Investigadoras 2
- Tutor de tesis 1

3.7.2 Recursos económicos

• Papelería	\$	5,00
• Bolígrafos	\$	3,00
• Impresiones	\$	35,00
• Copias	\$	15,00
• Transporte	\$	60,00
• Comida	\$	35,00
• Hospedaje	\$	60,00
• Servicios de telefonía	\$	10,00
• Marcadores	\$	3,00
• Cd	\$	3,00
TOTAL=	\$	229,00

3.8 Plan de tabulación y análisis

3.8.1 Base de datos

La base de datos está conformada por la información recabada tanto física como digital en el departamento de estadística del hospital Alfredo Noboa Montenegro durante el año 2017 de las pacientes gestantes que acudieron a dicho hospital y que presentaron complicaciones de morbilidad relacionadas a la retención placentaria. A continuación se detalla la información.

TABLA 1.- Distribución de partos por mes Hospital Alfredo Noboa Montenegro 2017

Meses	Partos eutócicos simples	Partos por cesáreas
Enero	87	27
Febrero	95	24
Marzo	86	23
Abril	88	20
Mayo	94	22
Junio	97	25
Julio	89	21
Agosto	85	26
Septiembre	99	32
Octubre	88	22
Noviembre	96	30
Diciembre	84	19
TOTAL	1088	291

FUENTE: DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA HANM 2017

ELABORACIÓN: LISSETH MONTENEGRO Y LISSETTE MOYOTA

**TABLA 2.-Distribución de partos eutócicos simples por mes
Hospital Alfredo Noboa Montenegro 2017**

Meses	Partos eutócicos simples
Enero	87
Febrero	95
Marzo	86
Abril	88
Mayo	94
Junio	97
Julio	89
Agosto	85
Septiembre	99
Octubre	88
Noviembre	96
Diciembre	84
TOTAL	1088

FUENTE: DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA HANM 2017

ELABORACIÓN: LISSETH MONTENEGRO Y LISSETTE MOYOTA

**TABLA 3.- Distribución de partos por cesárea Hospital Alfredo
Noboa Montenegro 2017**

Meses	Partos por cesáreas
Enero	27
Febrero	24
Marzo	23
Abril	20
Mayo	22
Junio	25
Julio	21
Agosto	26
Septiembre	32
Octubre	22
Noviembre	30
Diciembre	19
TOTAL	291

FUENTE: DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA HANM 2017

ELABORACIÓN: LISSETH MONTENEGRO Y LISSETTE MOYOTA

TABLA 4.-Frecuencia de retenciones placentarias por mes Hospital Alfredo Noboa Montenegro 2017

Meses	Retenciones placentarias
Enero	28
Febrero	25
Marzo	26
Abril	28
Mayo	25
Junio	22
Julio	28
Agosto	20
Septiembre	30
Octubre	25
Noviembre	23
Diciembre	21
TOTAL	301

FUENTE: DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA HANM 2017

ELABORACIÓN: LISSETH MONTENEGRO Y LISSETTE MOYOTA

TABLA 5.- Frecuencia de Morbilidad materna por mes Hospital Alfredo Noboa Montenegro 2017

Meses	Morbilidad materna
Enero	5
Febrero	3
Marzo	3
Abril	4
Mayo	4
Junio	3
Julio	6
Agosto	3
Septiembre	7
Octubre	4
Noviembre	6
Diciembre	3
TOTAL	51

FUENTE: DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA HANM 2017

ELABORACIÓN: LISSETH MONTENEGRO Y LISSETTE MOYOTA

TABLA 6.- Frecuencia de Multiparidad por mes Hospital Alfredo Noboa Montenegro 2017

Meses	Multiparidad
Enero	14
Febrero	20
Marzo	15
Abril	19
Mayo	16
Junio	22
Julio	24
Agosto	17
Septiembre	20
Octubre	21
Noviembre	18
Diciembre	11
TOTAL	217

FUENTE: DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA HANM 2017

ELABORACIÓN: LISSETH MONTENEGRO Y LISSETTE MOYOTA

TABLA 7.- Frecuencia del mal manejo de la aplicación de Oxitocina por mes Hospital Alfredo Noboa Montenegro 2017

Meses	Mal manejo de Oxitocina
Enero	6
Febrero	8
Marzo	4
Abril	11
Mayo	9
Junio	7
Julio	10
Agosto	6
Septiembre	5
Octubre	8
Noviembre	4
Diciembre	7
TOTAL	85

FUENTE: DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA HANM 2017

ELABORACIÓN: LISSETH MONTENEGRO Y LISSETTE MOYOTA

TABLA 8.- Frecuencia del mal manejo de la tercera etapa del parto por mes Hospital Alfredo Noboa Montenegro 2017

Meses	Mal manejo de la tercera etapa del parto
Enero	4
Febrero	8
Marzo	5
Abril	3
Mayo	8
Junio	9
Julio	3
Agosto	8
Septiembre	6
Octubre	5
Noviembre	8
Diciembre	5
TOTAL	72

FUENTE: DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA HANM 2017

ELABORACIÓN: LISSETH MONTENEGRO Y LISSETTE MOYOTA

TABLA 9.- Frecuencia de gestantes atendidas sin factores de riesgo por mes Hospital Alfredo Noboa Montenegro 2017

Meses	Gestantes atendidas sin factores de riesgos
Enero	55
Febrero	49
Marzo	57
Abril	40
Mayo	48
Junio	65
Julio	59
Agosto	44
Septiembre	60
Octubre	54
Noviembre	63
Diciembre	59
TOTAL	653

FUENTE: DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA HANM 2017

ELABORACIÓN: LISSETH MONTENEGRO Y LISSETTE MOYOTA

3.8.2 Procesamiento y análisis de datos

Para el procesamiento y análisis de datos obtenidos en el departamento de estadística del Hospital Alfredo Noboa Montenegro durante el año 2017, relacionados al número de pacientes, que fueron atendidas en su trabajo de parto y que presentaron retención placentaria se utilizó; la estadística descriptiva mediante el análisis de las variables con el programa de Windows office (Excel 2010 y Word 2010).

CAPITULO IV

4 RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

4.1 Resultados obtenidos de la investigación

TABLA 1.- Distribución de partos por mes Hospital Alfredo Noboa Montenegro 2017

Meses	Partos eutócicos simples	Porcentaje	Partos por cesáreas	Porcentaje
Enero	87	8	27	9,3
Febrero	95	8,7	24	8,2
Marzo	86	7,9	23	7,9
Abril	88	8,1	20	6,9
Mayo	94	8,6	22	7,6
Junio	97	8,9	25	8,6
Julio	89	8,2	21	7,2
Agosto	85	7,8	26	8,9
Septiembre	99	9,1	32	11
Octubre	88	8,1	22	7,6
Noviembre	96	8,8	30	10,3
Diciembre	84	7,7	19	6,5
TOTAL	1088	100	291	100

FUENTE: DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA HANM 2017

ELABORACIÓN: LISSETH MONTENEGRO Y LISSETTE MOYOTA

**TABLA 2.- Distribución de partos eutócicos simples por mes
Hospital Alfredo Noboa Montenegro 2017**

Meses	Partos eutócicos simples	Porcentaje
Enero	87	8,0
Febrero	95	8,7
Marzo	86	7,9
Abril	88	8,1
Mayo	94	8,6
Junio	97	8,9
Julio	89	8,2
Agosto	85	7,8
Septiembre	99	9,1
Octubre	88	8,1
Noviembre	96	8,8
Diciembre	84	7,7
TOTAL	1088	100,0

FUENTE: DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA HANM 2017

ELABORACIÓN: LISSETH MONTENEGRO Y LISSETTE MOYOTA

**TABLA 3.- Distribución de partos por cesárea Hospital Alfredo
Noboa Montenegro 2017**

Meses	Partos por cesáreas	Porcentaje
Enero	27	9,3
Febrero	24	8,2
Marzo	23	7,9
Abril	20	6,9
Mayo	22	7,6
Junio	25	8,6
Julio	21	7,2
Agosto	26	8,9
Septiembre	32	11,0
Octubre	22	7,6
Noviembre	30	10,3
Diciembre	19	6,5
TOTAL	291	100,0

FUENTE: DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA HANM 2017

ELABORACIÓN: LISSETH MONTENEGRO Y LISSETTE MOYOTA

**TABLA 4.-Frecuencia de retenciones placentarias por mes Hospital
Alfredo Noboa Montenegro 2017**

Meses	Retenciones placentarias	Porcentaje
Enero	28	9,3
Febrero	25	8,3
Marzo	26	8,6
Abril	28	9,3
Mayo	25	8,3
Junio	22	7,3
Julio	28	9,3
Agosto	20	6,6
Septiembre	30	10,0
Octubre	25	8,3
Noviembre	23	7,6
Diciembre	21	7,0
TOTAL	301	100,0

FUENTE: DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA HANM 2017

ELABORACIÓN: LISSETH MONTENEGRO Y LISSETTE MOYOTA

**TABLA 5.- Frecuencia de Morbilidad materna por mes Hospital
Alfredo Noboa Montenegro 2017**

Meses	Morbiwaqlidad materna	Porcentaje
Enero	5	9,8
Febrero	3	5,9
Marzo	3	5,9
Abril	4	7,8
Mayo	4	7,8
Junio	3	5,9
Julio	6	11,8
Agosto	3	5,9
Septiembre	7	13,7
Octubre	4	7,8
Noviembre	6	11,8
Diciembre	3	5,9
TOTAL	51	100,0

FUENTE: DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA HANM 2017

ELABORACIÓN: LISSETH MONTENEGRO Y LISSETTE MOYOTA

TABLA 6.- Frecuencia de Multiparidad por mes Hospital Alfredo Noboa Montenegro 2017

Meses	Multiparidad	Porcentaje
Enero	14	6,5
Febrero	20	9,2
Marzo	15	6,9
Abril	19	8,8
Mayo	16	7,4
Junio	22	10,1
Julio	24	11,1
Agosto	17	7,8
Septiembre	20	9,2
Octubre	21	9,7
Noviembre	18	8,3
Diciembre	11	5,1
TOTAL	217	100,0

FUENTE: DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA HANM 2017

ELABORACIÓN: LISSETH MONTENEGRO Y LISSETTE MOYOTA

TABLA 7.- Frecuencia del mal manejo de la aplicación de Oxitocina por mes Hospital Alfredo Noboa Montenegro 2017

Meses	Mal manejo de Oxitocina	Porcentaje
Enero	6	7,1
Febrero	8	9,4
Marzo	4	4,7
Abril	11	12,9
Mayo	9	10,6
Junio	7	8,2
Julio	10	11,8
Agosto	6	7,1
Septiembre	5	5,9
Octubre	8	9,4
Noviembre	4	4,7
Diciembre	7	8,2
TOTAL	85	100,0

FUENTE: DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA HANM 2017

ELABORACIÓN: LISSETH MONTENEGRO Y LISSETTE MOYOTA

TABLA 8.- Frecuencia del mal manejo de la tercera etapa del parto por mes Hospital Alfredo Noboa Montenegro 2017

Meses	Mal manejo de la tercera etapa del parto	Porcentaje
Enero	4	5,6
Febrero	8	11,1
Marzo	5	6,9
Abril	3	4,2
Mayo	8	11,1
Junio	9	12,5
Julio	3	4,2
Agosto	8	11,1
Septiembre	6	8,3
Octubre	5	6,9
Noviembre	8	11,1
Diciembre	5	6,9
TOTAL	72	100,0

FUENTE: DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA HANM 2017

ELABORACIÓN: LISSETH MONTENEGRO Y LISSETTE MOYOTA

TABLA 9.- Frecuencia de gestantes atendidas sin factores de riesgos por mes Hospital Alfredo Noboa Montenegro 2017

Meses	Gestantes atendidas sin factores de riesgos	Porcentaje
Enero	55	8,4
Febrero	49	7,5
Marzo	57	8,7
Abril	40	6,1
Mayo	48	7,4
Junio	65	10,0
Julio	59	9,0
Agosto	44	6,7
Septiembre	60	9,2
Octubre	54	8,3
Noviembre	63	9,6
Diciembre	59	9,0
TOTAL	653	100,0

FUENTE: DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA HANM 2017

ELABORACIÓN: LISSETH MONTENEGRO Y LISSETTE MOY

4.2 Análisis e interpretación de datos

TABLA 1.- En el análisis general realizado a la base de datos se procedió a recopilar a las gestantes atendidas durante el año 2017 mes a mes, de atención de partos eutócicos y partos por cesáreas dando un total de **1.379** gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

TABLA 2.- de las 1.379 gestantes atendidas durante el año 2017 mes a mes, se atendieron un total de **1.088** partos eutócicos teniendo en cuenta que los meses de mayor atención fueron : Junio (8.9 %) , Septiembre (9.1%) y Noviembre (8.8%).

TABLA 3.- En la siguiente tabla podemos observar de manera específica el número de pacientes atendidas en partos por cesáreas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro por mes durante el año 2017 con un total de **291** mujeres; concluyéndose que los meses de mayor incidencia fueron: Enero (9.3%) , Septiembre (11%) y Noviembre (10.3%).

TABLA 4.- De las **1.379** gestantes atendidas el Hospital Alfredo Noboa Montenegro durante el año 2017, presentaron retenciones placentarias **301**; concluyéndose que el mes de mayor retenciones placentarias correspondieron a: Septiembre (10%).

TABLA 5.- Tomando en cuenta las pacientes que presentaron retenciones placentarias solo **51** presentaron riesgo de morbilidad

materna y no se registró ninguna muerte materna; concluyéndose que los meses de mayor morbilidad correspondieron a: Julio (11.8%), Septiembre (13.7%), Noviembre (11.8%).

TABLA 6.- De las 301 pacientes que presentaron retenciones placentarias **217** de ellas presentaron multiparidad y que los meses de mayor frecuencia fueron: Junio (10.1 %), Julio (11.1%) y Octubre (9.7%).

TABLA 7.- En la siguiente tabla podemos observar que el mal manejo de la aplicación de oxitocina estuvo presente en **85** pacientes de las 301 que presentaron retenciones placentarias; concluyéndose que los meses de mayor incidencia fueron: Abril (12.9%), Mayo (10.6%) y Julio (11.8%).

TABLA 8.- El mal manejo de la tercera etapa del parto fue evidente en **72** gestantes, encontrándose el mayor índice en el mes de Junio (12.5%).

TABLA 9.- De las pacientes que presentaron retenciones placentarias se encontró que **653** gestantes no presentaron factores de riesgos y que estos datos correspondieron a: Junio (10%), Septiembre (9.2%), Noviembre (9.6%).

TASA DE INCIDENCIA=

$$\frac{\text{N-º de Casos}}{\text{Población Total}}$$

X 100

TASA DE INCIDENCIA DE
RETENCIONES PLACENTARIAS



$$\frac{301}{1.379}$$

X 100

TASA DE INCIDENCIA DE
RETENCIONES PLACENTARIAS



$$0,2182 \times 100$$

TASA DE INCIDENCIA DE
RETENCIONES PLACENTARIAS



21.82%

4.3 Conclusiones

En el presente trabajo de investigación sobre la prevalencia de retenciones placentarias y su relación con la morbimortalidad en mujeres de 35 a 45 años de edad atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro durante el año 2017 de acuerdo a las variables estudiadas se obtuvieron las siguientes conclusiones:

1. La prevalencia de retenciones placentarias en las mujeres de 35 a 45 años de edad que fueron atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro durante el 2017 está en relación con la morbimortalidad de dichas pacientes.
- 2.- La tasa de incidencia de retenciones placentarias en mujeres de 35 a 45 años de edad que fueron atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro durante el 2017 fue de 21.82% y está en concordancia con la tasa encontrada por la OMS que fue de un 25 %.
- 3.- El factor de riesgo de morbimortalidad en mujeres de 35 a 45 años de edad que tuvieron retenciones placentarias y que fueron atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro durante el 2017 fue la multiparidad la misma que se presentó en un 74.57%.

4.4 Recomendaciones

- 1.** Es de necesidad urgente que los niveles de atención de salud primarios aumenten sus esfuerzos para captar a las gestantes y enfatizar en la importancia de los controles prenatales y sobre la presencia de señales de peligro que pueden presentarse durante la gestación.
- 2.** Promover a nivel de las unidades hospitalarias el llenado correcto de las historias clínicas para evitar subregistros que nos impedirán tomar medidas correctivas.
- 3.** Capacitar de manera correcta la aplicación de la guía de práctica clínica: Componente Normativo Materno brindado por el Ministerio de salud pública del Ecuador.
- 4.** Realizar auditorías periódicas para verificar el cumplimiento de normas relacionadas con las gestantes tanto en su trabajo de labor de parto y posparto

CAPITULO V

5 PROPUESTA TEORICA DE APLICACIÓN

5.1 Título de la propuesta de aplicación

CAMPANA DE PROMOCION, CONCIENTIZACION Y REALIZACION DEL BUEN MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO CON ENFASIS EN LA TERCERA ETAPA: EL ALUMBRAMIENTO

5.2 Antecedentes

La mortalidad materna constituye una catástrofe social y que en su mayoría puede ser evitable. La retención placentaria es la primera causa de hemorragias postparto siendo así la responsable de casi la mitad de muertes maternas. Dentro de las hemorragias las de mayor frecuencia y magnitud son las que se producen en el proceso de alumbramiento y del puerperio inmediato.

En el Hospital Alfredo Noboa Montenegro durante el año 2017 fueron atendidas 1.379 mujeres de 35 a 45 años de edad de las cuales 301 (21,82) presentaron retenciones placentarias y 51 (16,94) presentaron riesgo de morbilidad materna por lo que se vio la necesidad de identificar los factores de riesgo de morbilidad materna por retenciones placentarias.

Entre los factores de riesgo que incidieron dentro de este trabajo investigativo se destaca con mayor predominio la Multiparidad y su asociación con la falta de controles prenatales por lo que es necesario que el Hospital Alfredo Noboa Montenegro se elabore una guía de capacitación para futuras madres y multíparas sobre los factores de riesgo y los beneficios que se obtienen al visitar una casa de salud ayudando así en su gran mayoría a evitar complicaciones futuras durante el parto y postparto.

5.3 Justificación

Todo proceso está sujeto a capacitación, el proceso educativo para las futuras madres necesita de una previsión, realización y control de los diversos componentes del proceso, desarrollo y finalización del embarazo. A nivel mundial el control, seguimiento y la capacitación han disminuido las complicaciones durante el embarazo, parto y postparto.

La mujer embarazada se expone a muchos factores de riesgo los mismos que en muchas ocasiones conllevan a complicaciones constituyéndose así a un problema que afecta el entorno familiar, social y comunitario. Por tanto dichas capacitaciones deben estar orientadas a la necesidad e importancia de acceder a una casa de salud para realizarse los controles prenatales, exámenes de laboratorio, la adquisición de la medicación y los beneficios del parto asistido por el personal médico

Mediante esta estrategia se lograra mejorar el estilo de vida de futuras madres y la prevención a tiempo de cualquier complicación que la madre pueda presentar al momento del parto o postparto logrando asi una atención integral de calidad y eficacia con beneficios visibles a corto y largo plazo.

5.4 Objetivos

5.4.1 Objetivo general

Capacitar al recurso humano en la promoción concientización y realización del buen manejo de trabajo de parto con énfasis en la tercera etapa: el alumbramiento.

5.4.2 Objetivos específicos

- Explicar a las gestantes de los beneficios reales de realizarse los Controles prenatales propuestos por la OMS.

5.5 Aspectos básicos de la propuesta de aplicación

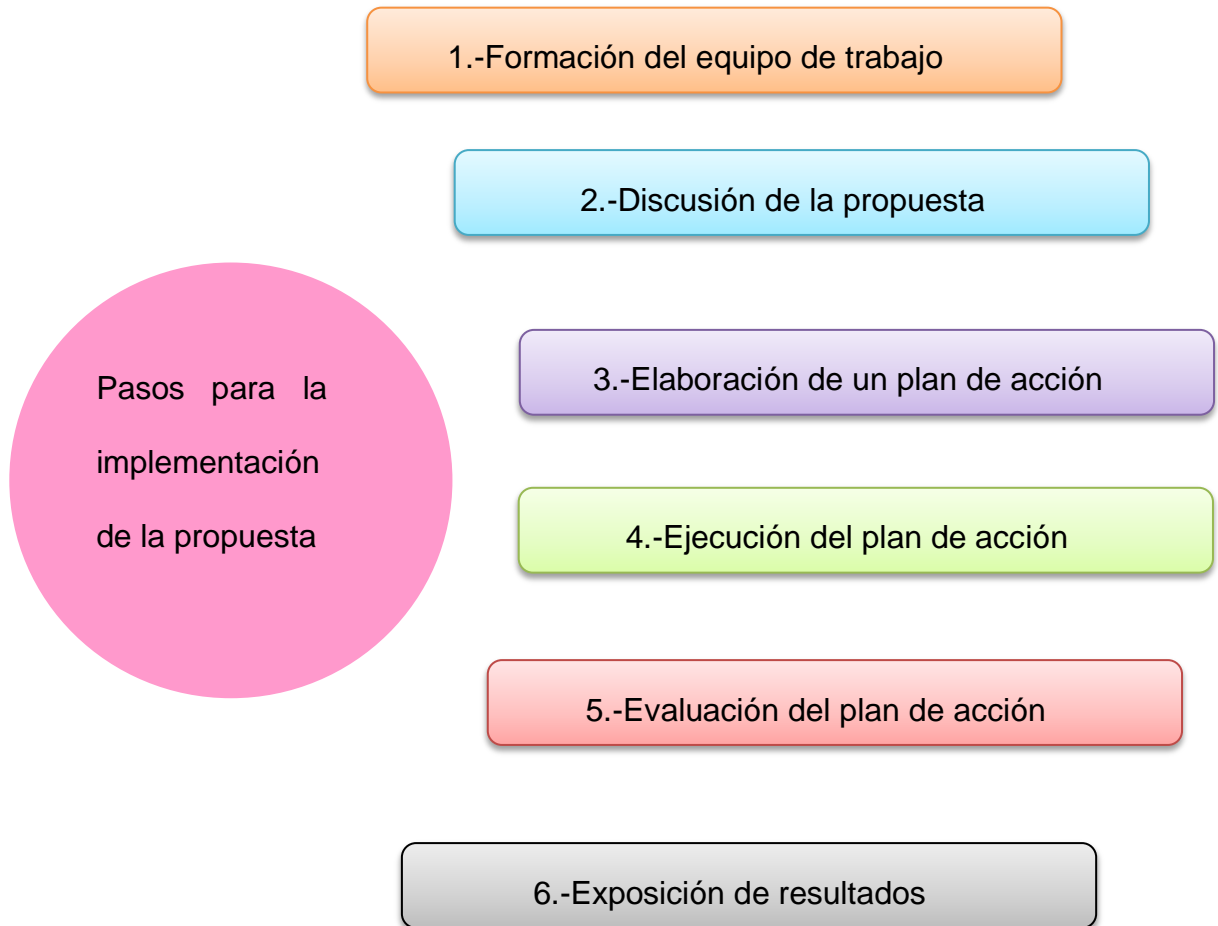
Bajo la presente propuesta alternativa hemos decidido colocar sugerencias para la elaboración de un programa de promoción, concientización y realización del buen manejo del trabajo de parto con énfasis en la tercera etapa: el alumbramiento.

De tal manera nuestros objetivos tendrán como finalidad disminuir el riesgo de morbilidad en gestantes, promoviendo la valoración de actividades como las campañas de promoción y realización de control prenatal.

En este sentido creemos que los siguientes puntos deben ser considerados a la hora de abordar temas relacionados con el control prenatal y la atención del trabajo de parto:

- Reconocer que algunas gestantes no se realizan como mínimo los 5 controles prenatales dispuestos por el Ministerio de salud pública del Ecuador.
- Divulgar el porqué de la no realización de los controles prenatales y solo acudir en el momento del trabajo de parto a una casa de salud.

5.5.1 Estructura general de la propuesta



5.5.2 Componentes

- Recursos Humanos:
 - Anfitriones: médicos, obstetras, licenciadas, internos, se responsabilizarán del desarrollo de los contenidos, cronogramas y de ejecutar la propuesta.
 - Asistentes: todas las embarazadas de cualquier edad gestacional y opcional mujeres en edad fértil.

- Recursos materiales:
 - Trípticos.
 - Panfletos.
 - Audio visual.

- Recursos financieros:
 - Autogestión institucional.

5.6 Resultados esperados de la propuesta de aplicación

Como resultado general se espera:

- 1.- Disminuir el riesgo de morbilidad materna a través de promociones acerca de los beneficios reales de la realización de los controles prenatales en gestantes.
- 2.- Incentivar una atención integral a pacientes gestantes en el momento del trabajo de parto.
- 3.- Promover buenas prácticas de manejo para evitar complicaciones durante y después del alumbramiento.}

5.6.1 Alcance de alternativa

Esta propuesta está diseñada con la finalidad de brindar una atención integral a las pacientes gestantes, durante y en el momento del trabajo de parto. Sería un importante logro poder extender a la mayor población de mujeres gestantes la importancia de realizarse a cabalidad el número de controles prenatales impuestos por el MSP, creando así medidas preventivas futuras para disminuir riesgos en el momento del alumbramiento.

No obstante también impulsamos a que el equipo médico realice el correcto manejo de la tercera etapa del parto basados a las técnicas señaladas en el manual de las guías de prácticas clínicas con la finalidad reducir uno de los factores más preocupantes en las pacientes gestantes de nuestro país, como es la “RETENCIÓN PLACENTARIA”.

BIBLIOGRAFÍA

Ávila Darcia, S., Alfaro Moya, T., & Olm, J. (2016). Generalidades sobre placenta previa y acretismo placentario . Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD , 11.

Arrobo-Uchuay, K. (Septiembre de 2017). "Complicaciones obstétricas en pacientes con infección de vías urinarias en el Hospital Básico de Catacocha". TESIS. Catacocha, Loja, Ecuador.

Benites-Vidal, E. S. (2016). Tesis. "Retención Placentaria como causa de hemorragia postparto en el Hospital de Vitarte- caso clínico 2015". Ica, Ica, Perú.

Bonifaz-Guerrero, J. J. (2010). Tesis. Hemorragia Post-Parto en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial Docente de Riobamba 2010. Riobamba, Ecuador.

Candiotti Ramirez, E. J. (2015). Incidencia de la hemorragia inmediata post parto vaginal en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el año 2015.

Censos, I. N. (2017). Estimación de la Razón de Mortalidad Materna en el Ecuador .

Dra. Asturizaga, P., & Dra. Toledo-Jaldin, L. (2014). Hemorragia Obstétrica. Revista Medica.

Ecuador, M. d. (2018). Ecuador sin Muerte Materna. Quito, Ecuador.

Gómez, J. D. (2016). Infección urinaria en el embarazo. Universidad de Antioquia, 56.

Guapizaca-Bermeo, G. (Junio de 2017). Tesis. PREVALENCIA Y ETIOLOGIA DE HEMORRAGIA POSPARTO INMEDIATA Y TARDÍA EN MUJERES QUE ACUDEN AL HOSPITAL BÁSICO SUCÚA EN EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2017. Cuenca, Sucúa, Ecuador.

Mayta, N. (Febrero de 2016). Infección urinaria materna y su relación con la prematuridad, el bajo peso al nacer y anomalías congénitas, Hospital Edgardo Rebagliati Martins, marzo 2015 a febrero 2016. Tesis. Lima, Perú.

Ministerio de Salud Publica del Ecuador. (2017). Por segundo año consecutivo se redujo la mortalidad materna. Quito, Ecuador.

MSP. (2013.). Guía de Práctica Clínica. Obtenido de Prevención diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto: <http://salud.gob.ec>

MSP, D. N.-M. (2013). Infección de vías urinarias en el embarazo. Guía de Práctica Clínica, 14.

Muñoz Salazar, N. H. (2015). Factores asociados a las infecciones puerperales en pacientes obstétricas atendidas por parto eutócico en el Hospital San José, período enero a Julio de 2014. Lima, Perú.

OMS. (16 de Febrero del 2018). Mortalidad Materna.

Pazán-Garcés, S. (Mayo de 2010). FACTORES DE RIESGO DE PATOLOGIAS PUERPERALES, HOSPITAL JOSE MARIA VELASCO IBARRA. 2010. Riobamba, Chimborazo, Ecuador.

Pozo Pozo, R. M. (2018). "Comparación de las morbilidades maternas en embarazadas a término tanto en parto vaginal como en el parto por cesárea en el Hospital Luis Gabriel Dávila en el periodo de enero a agosto del 2016". Quito, Ecuador.

Quilindo Giraldo, C., Osorio , A., Ramirez, J., & Caicedo, F. (2017). Colombian Journal of Medical Students. Colombia: ASCEMCOL.

Ruiz-Quinga, M. (2012). Tesis. “Factores de riesgo que inciden en hemorragias postparto vaginal en mujeres indígenas atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro”. Ambato, Pichincha, Ecuador.

Salva, J. J., Castillo, J. C., Moreno , J., Dolz, M., & Gijon, L. (23 de Myo 2018). En que consiste la Retencion de Placenta. Embarazo.net.

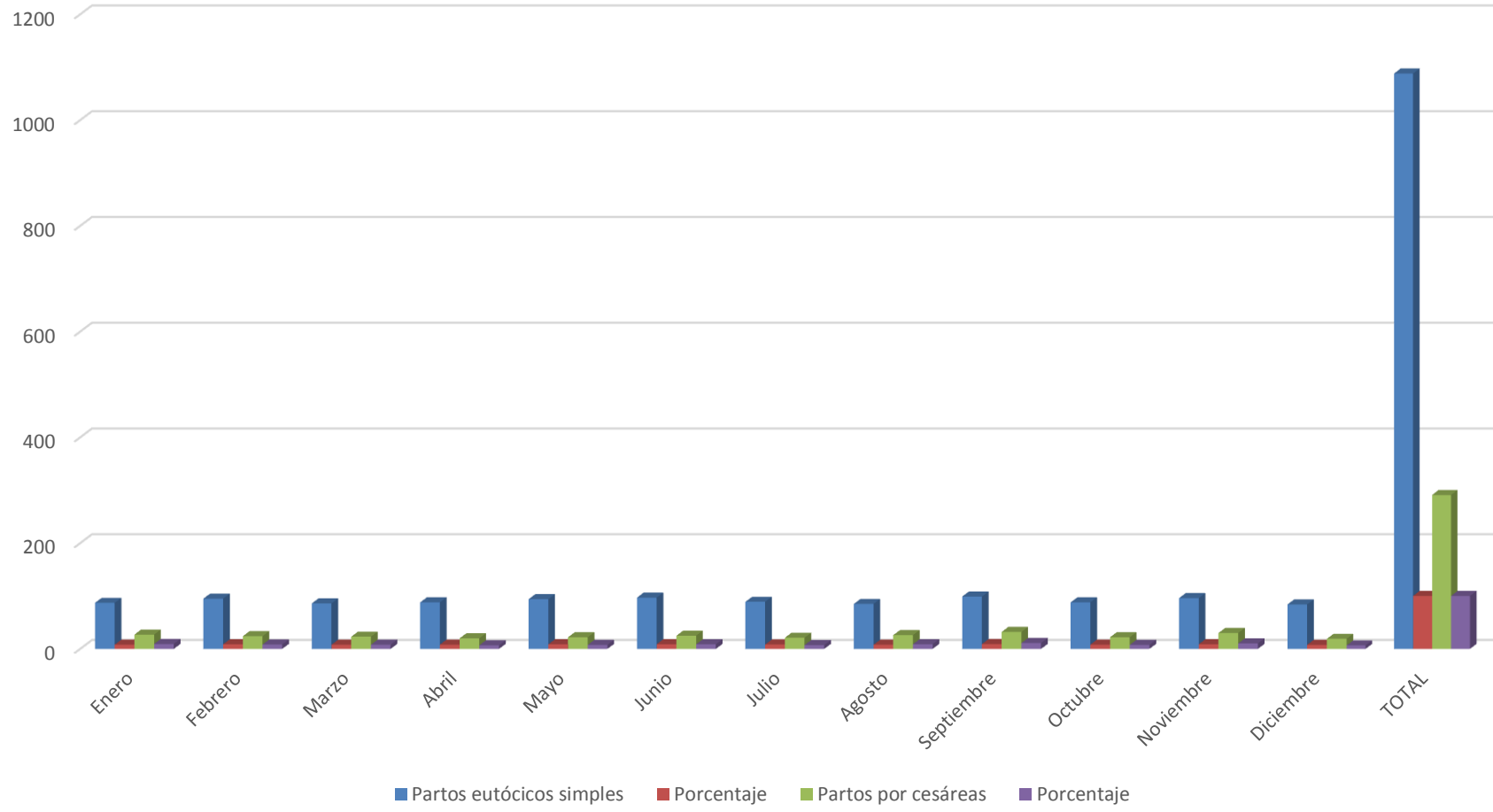
Villa-Hernández, Y. (Febrero de 2013). COMPLICACIONES DE INFECCIONES DE VIAS URINARIAS DURANTE EL EMBARAZO HOSPITAL GINECO- OBSTETRICO ENRIQUE SOTOMAYOR, EN EL PERIODO DEL 6 DE SEPTIEMBRE DEL 2012 A FEBRERO 2013. Tesis. Guayaquil, Guayas, Ecuador.

Zavaleta Valderrama, S. S. (2018). Multiparidad como factor de riesgo asociado a retención placentaria en gestantes del Hospital Belén de Trujillo. Trujillo, Peru.

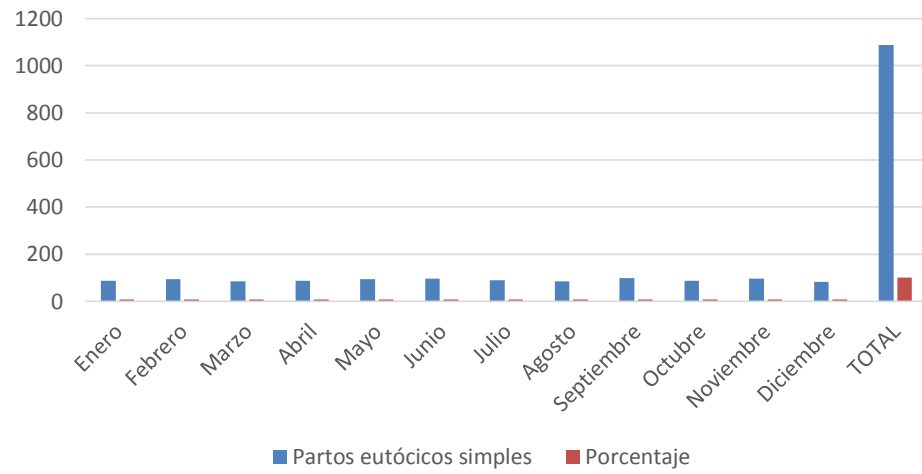
ANEXOS

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS
<p>Problema General:</p> <p>¿Cuál es la prevalencia de retenciones placentarias y su relación con la morbimortalidad en mujeres de 35 a 45 años de edad que fueron atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda-2017?</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Establecer la prevalencia de retenciones placentarias y su relación con la morbimortalidad en mujeres de 35 a 45 años de edad que fueron atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda-2017.</p>	<p>Hipótesis general:</p> <p>La retención placentaria se relaciona directamente con la morbimortalidad en mujeres de 35 a 45 años de edad que fueron atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda-2017.</p>
<p>Problemas derivados:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuál es la incidencia de retenciones placentarias en mujeres de 35 a 45 años de edad que fueron atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda-2017? 2. ¿Cuáles son los factores de riesgo de morbimortalidad en mujeres de 35 a 45 años con retenciones placentarias, que fueron atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda-2017? 	<p>Objetivos específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar la incidencia de retenciones placentarias en mujeres de 35 a 45 años de edad que fueron atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda-2017 2. Identificar los factores de riesgo de la morbimortalidad en mujeres de 35 a 45 años con retenciones placentarias, que fueron atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda-2017. 	<p>Hipótesis específicas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La incidencia de retenciones placentarias en mujeres de 35 a 45 años de edad que fueron atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda-2017 es alta. 2. El factor de riesgo que más se relaciona con la morbimortalidad en mujeres de 35 a 45 años con Retención placentaria, que fueron atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda-2017 es la Multiparidad.

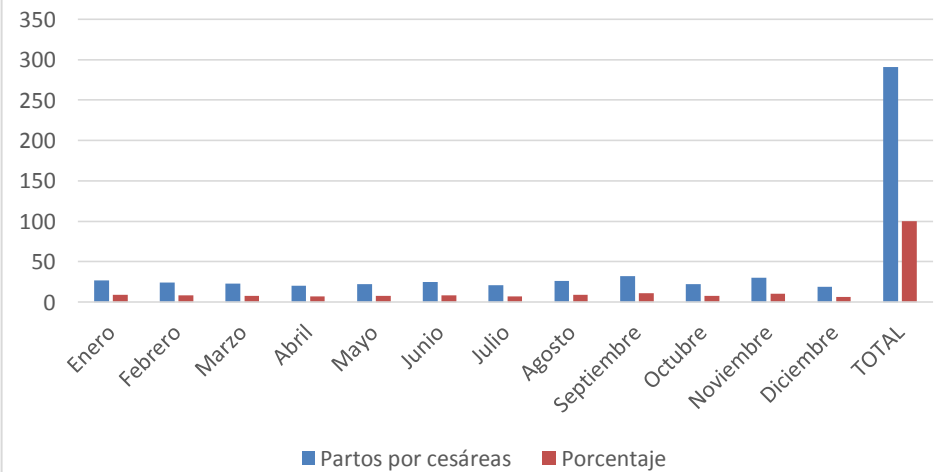
Partos atendidos durante el 2017 HANM



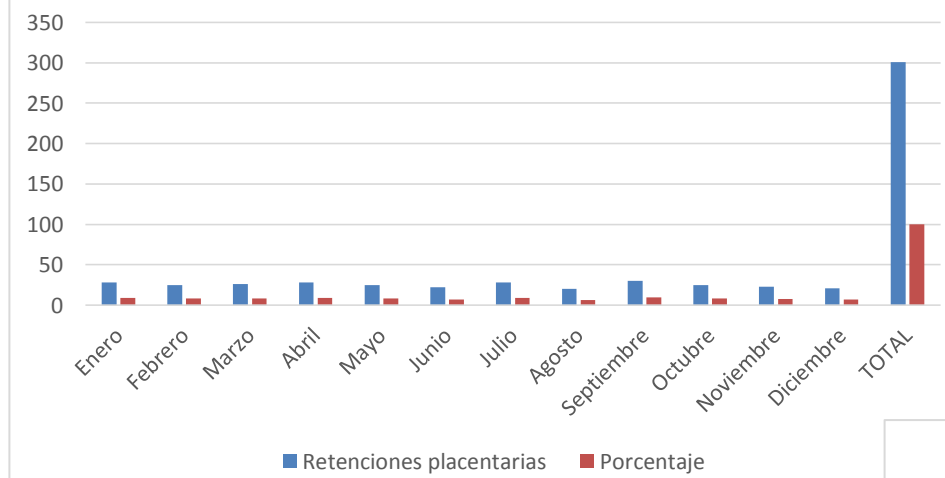
PARTOS EUTOCICOS



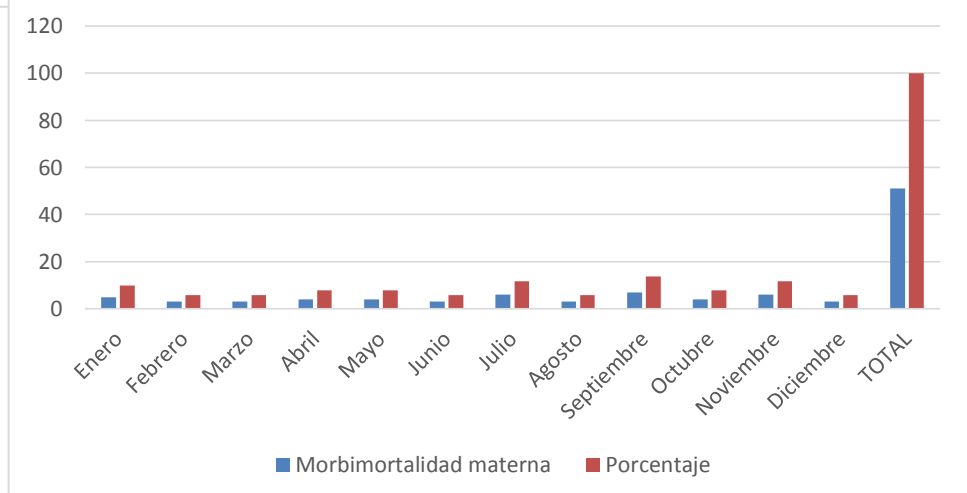
PARTOS POR CESAREAS

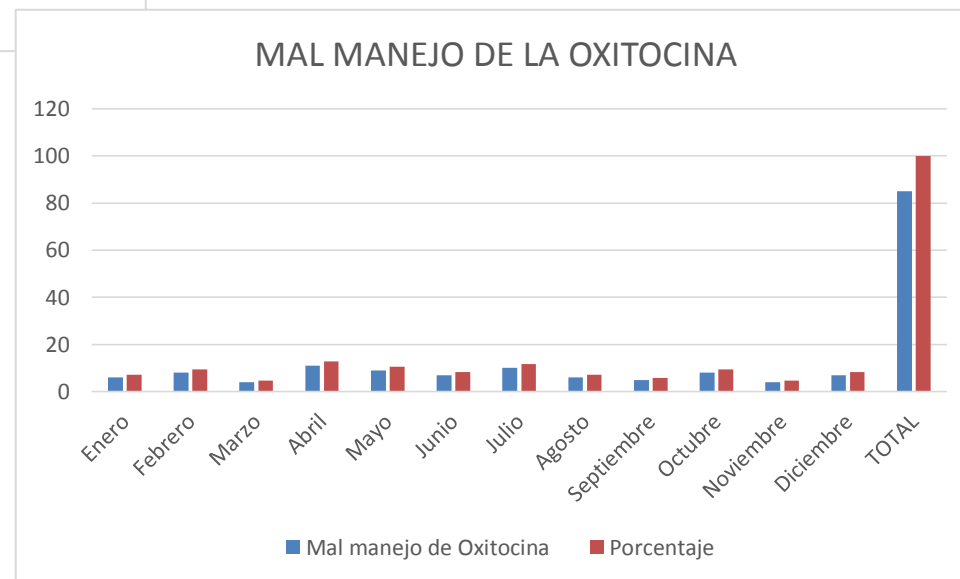
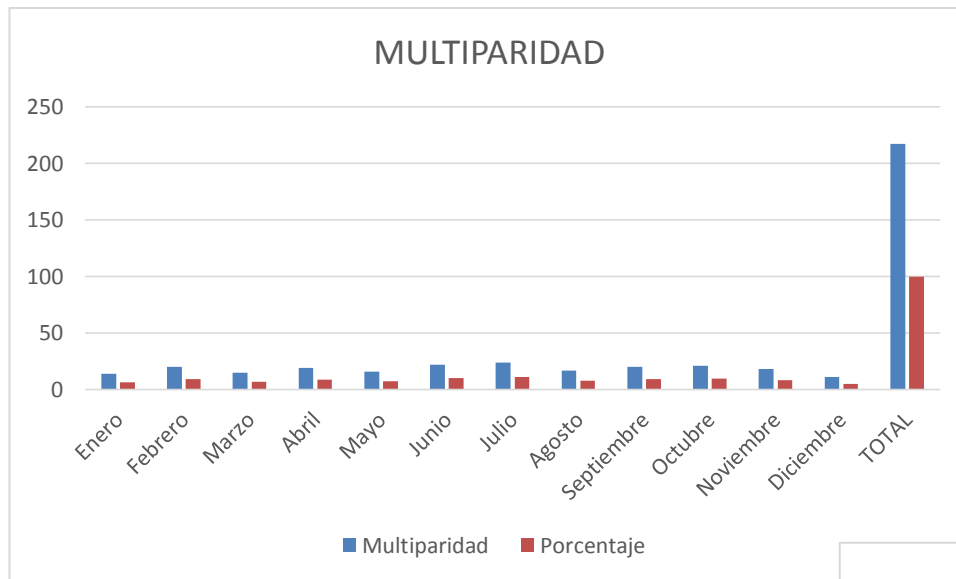


RETENCIONES PLACENTARIAS

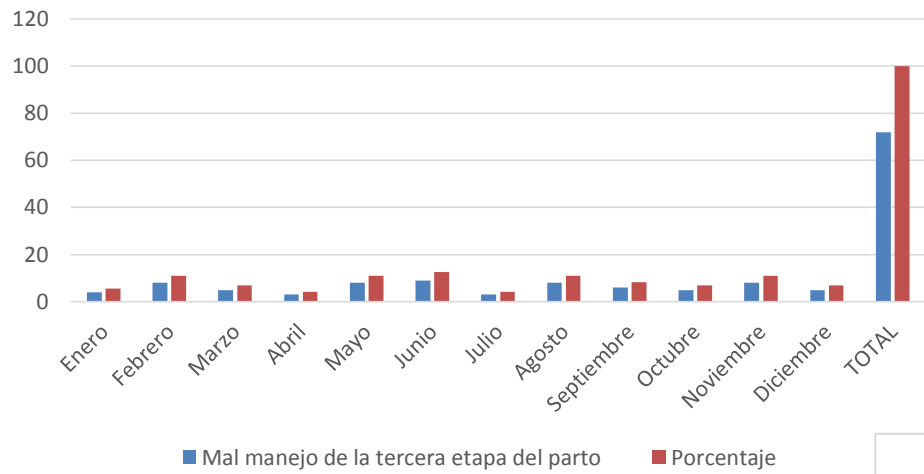


MORBILIDAD MATERNA





MAL MANEJO DE LA TERCERA ETAPA DEL PARTO



GESTANTES SIN FACTORES DE RIESGO

