

**Universidad Nacional
"Hermilio Valdizán"**

Facultad de Medicina

**"CESÁREA PREVIA, LEGRADO UTERINO Y PARIDAD COMO
FACTORES RELACIONADOS A LA RETENCIÓN DE RESTOS
PLACENTARIOS EN EL PUERPERIO INMEDIATO, EN EL
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO
DURANTE EL AÑO 2012"**

Tesistas:

**Haidy Sara Cuestas Meneses
Henry Yoler Espinoza Chavez
Nashely Sandy Valer Carmen**

**Para Optar el Título Profesional de
Médico Cirujano**

**Huánuco – Perú
2015**

DEDICATORIA

**Porque nuestros esfuerzos no fueron en vano,
gracias a la gran voluntad de Dios por hacer
que cada día, cada paso haya valido la pena y
habernos permitido llegar a la meta.**

A Dios

A nuestros docentes

A nuestros padres

A nuestros abuelos

AGRADECIMIENTOS

Queremos dar las gracias a nuestros maestros por la dedicación y enseñanzas brindadas a lo largo de nuestra carrera. Y a nuestra alma mater, semillero de grandes profesionales.

RESUMEN:

Introducción: el objetivo es determinar si la cesárea previa, legrado uterino y la paridad son factores de riesgo relacionados a la retención de restos placentarios

Métodos: fue un estudio retrospectivo de casos y controles, que involucró 294 historias clínicas de puérperas del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizan durante el año 2012.

Resultados: durante el periodo de estudio, hubo 147 casos de retención placentaria de un total de 1498 atenciones puerperales, haciendo una incidencia de 9,81 %. Los factores de riesgo independientes asociados a la retención de restos placentarios incluidos fueron paridad mayor de dos (OR 1,96; [CI] 95% 1.20–3,21; $p < 0,005$), la edad gestacional >37 semanas (OR 3,00; [CI] 95% de 1,74 a 5,17; p de 0,00), la procedencia del parto extrahospitalario (OR 2,89; [CI] 95% de 2,38 a 3,5; p de 0,00) y el grado de instrucción (p de 0,000). El antecedente de cesárea y legrado uterino no eran significantes, con un p de 0,74 y 0,17 respectivamente, no constituyendo factores relacionados a la retención de restos placentarios.

Conclusiones: la paridad mayor de dos es un factor de riesgo para la retención de restos placentarios en un embarazo posterior. Asimismo, la edad gestacional, la procedencia del parto y el grado de instrucción. Estos factores deberían ser tomados en especial consideración durante el curso de la atención a las gestantes.

Palabras clave: Retención de la Placenta, Dilatación y Legrado Uterino, Hemorragia Postparto, Cesárea, Paridad, Retención placentaria, Factores de riesgo.

SUMMARY

Introduction: the objective is to determine whether previous cesarean uterine curettage and parity are risk factors related to retention of placental remains

Methods: This was a retrospective case-control study, which involved 294 medical records of postpartum service Gynecology Obstetrics Hermilio Valdizan Regional Hospital during 2012.

Results: During the study period, there were 147 cases of placental retention of a total of 1498 postpartum care, with an incidence of 9.81%. The independent risk factors associated with retention of placental remains included were greater parity two (OR 1.96; [CI] 95% 1.20-3.21; $p < 0.005$), gestational age > 37 weeks (OR 3.00; [CI] 95% 1.74 to 5.17; $p < 0.00$), the origin of hospital birth (OR 2.89, [CI] 95% from 2.38 to 3.5; $p < 0.00$) and the level of education ($p < 0.000$). The previous cesarean section and curettage were not significant, with $p < 0.74$ and $p < 0.17$ respectively, did not constitute factors related to retention of placental remains.

Conclusions: greater parity two is a risk factor for retention of placental remains in a subsequent pregnancy. Also, gestational age, birth origin and educational attainment. These factors should be taken into special consideration during the course of care for pregnant women.

Keywords: Retention of Placenta, Dilatation and Curettage, Postpartum Hemorrhage, Caesarea, Parity, placental retention, Risk Factors.

ÍNDICE

Agradecimientos.....	I
Dedicatoria.....	II
Resumen.....	III
Introducción.....	pág. 6
Capítulo I	
Marco teórico.....	pág. 8
Definición de términos.....	pág. 11
Capítulo II	
Metodología.....	pág. 19
Capítulo III	
Resultados	pág. 27
Capítulo IV	
Discusión.....	pág. 28
Conclusiones.....	pág. 32
Sugerencias y recomendaciones.....	pág. 33
Limitaciones.....	pág. 34
Referencia Bibliográfica.....	pág. 35
ANEXOS.....	pág. 43

INTRODUCCIÓN

La hemorragia posparto ocurre en aproximadamente 4% de los partos vaginales y 6% de los partos por cesárea. La muerte en el mundo por hemorragia posparto en países en vías de desarrollo es 1 por 1 000 partos. La Organización Mundial de la Salud estimó en 20 millones el número anual de las complicaciones maternas por HPP (1).

Un meta-análisis de los datos disponibles de estudios clínicos controlados aleatorizados aporta evidencia convincente de que la pérdida de sangre y el riesgo de hemorragia puerperal se verán reducidos si se ofrece a las mujeres una conducta activa en el alumbramiento. Esta aseveración es válida para todas las mujeres y también, específicamente, para las que están expuestas a un riesgo más bajo de padecer complicaciones en el alumbramiento (2).

En el año 2012, las principales causas de mortalidad materna registradas fueron: Hemorragia postparto en un 40.2%; hipertensión inducida por el embarazo en un 32%; aborto en un 17.5% e infecciones relacionadas al embarazo en un 4,1%. La hemorragia como causa de muerte se relacionó directamente con el parto domiciliario y sus complicaciones como son retención de placenta y atonía uterina. (2)

En nuestro medio por datos propios preliminares del año 2012, de 688 atenciones Gineco-obstétricas con complicaciones del HRHVM, se encontró que los principales fueron la retención restos placentarios con una frecuencia de 147 casos (21.36%), los desgarros cervicales 5 casos (0.7%) y de atonía uterina 2 casos (0.2%).

Los factores independientes de riesgo para la retención de restos placentarios encontrados en algunos estudios son: Antecedente de retención de placenta; parto pre término, el uso del oxitocina por 195-415 minutos, el uso del oxitocina más de 415 minutos, la preeclampsia; uno o más abortos previos. En estos estudios, no se mencionan como factores asociados la

procedencia del parto (institucional, domiciliario), y en nuestro medio se ha observado que la gran mayoría de casos vienen referidos de otros centros de salud entre otros. Hay estudios en los que existe discrepancia en cuanto a la variable paridad, que para unos es factor protector y en otros un factor que influencia en la retención de restos placentarios. También se menciona la edad por encima de 35 años como un factor de riesgo.(3)

Los resultados obtenidos podrán ampliar nuestros conceptos teóricos respecto a esta problemática de salud muy importante, y poder aplicarlos a nuestra población, ya que la mayoría de estudios con los que se cuenta están hechos en otras realidades distintas a la nuestra.

También, contribuirá a ampliar los aspectos de prevención a nivel de la población en general, sobre todo mujeres que están en el periodo reproductivo, así conocerán los posibles factores de riesgo relacionados a esta complicación en el puerperio. Aportando datos de interés para el personal de salud en mejora de una atención obstétrica adecuada.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES

La retención de restos placentarios es una complicación potencialmente mortal debido al riesgo asociado de hemorragia postparto, shock e infección, así como las complicaciones relacionadas con su extracción (3, 4).

Esta complicación sigue causando un alto número de muertes maternas en todo el mundo (5). Algunos estudios notificaron una mortalidad materna de un 5.6% a casi un 10% en las zonas rurales debido a retención de restos placentarios (3, 6). La tasa de mortalidad materna para las Hispánicas fue 8.5 muertes por cada 100,000 nacidos vivos. El cociente de las tasas de mortalidad materna de hispanas con no hispanas está en 0.9 durante el 2004, en comparación con 1.2 durante el año 2003 (7). La hemorragia postparto (HPP) o sangrado excesivo después del parto es la causa directa más importante de las muertes maternas en los países en desarrollo. Según la OMS, hay unos 14 millones de casos de hemorragia postparto cada año (8). La mortalidad debida a placenta retenida fue un 3.3% de la mortalidad general por partos vaginales (3). La principal consecuencia clínica de la retención de restos placentarios es la hemorragia postparto masiva, no controlada, que requiere tratamiento inmediato (9). Esta misma puede explicarse por subinvolución del lecho placentario, retención de placenta, infecciones y defectos en la coagulación (10). Esta complicación puede ocurrir en cerca de un 10% de los casos (11).

La incidencia informada de retención placentaria varía desde un 1% a un 5,5% según la definición de la tercera etapa del trabajo de parto prolongado, que varía de 10 a 60 minutos en

diversos informes (12, 13, 14, 6). Se informó una incidencia de placenta retenida de un 3,3% con un punto de corte de 30 minutos (13). Todavía no existe un acuerdo definitivo acerca del período de tiempo que debe transcurrir en ausencia de sangrado antes de que la placenta se extraiga manualmente (15). Cuando la tercera etapa del trabajo de parto se acerca a 30 minutos o a más, aumenta el riesgo de hemorragia (14). Por consiguiente, se usa el criterio de 30 minutos para el diagnóstico de placenta retenida. Cuando la placenta no se separa inmediatamente después del parto, y si se produce hemorragia activa, se la puede extraer ejerciendo presión sobre el cuerpo del útero y elevándolo en dirección cefálica con una mano colocada sobre el abdomen. Esta maniobra se repite hasta que la placenta alcance el introito. Se interrumpe a continuación la presión sobre el útero para permitir el paso de la placenta (16). Cuando esta técnica no es posible, está indicada la extracción manual (15).

En un estudio con una muestra de 20 mujeres con factores de riesgo para mortalidad por adherencia placentaria, después de un periodo de 5 años, los resultados fueron: La edad promedio y la paridad 27.7 ± 4.2 años y 2.5 respectivamente, 70% tuvieron cicatriz uterina previa, y el número similar tuvo placenta previa, 60% presentaron hemorragia anteparto y 20% con placenta retenida (17).

En un estudio prospectivo de cohortes incluidos los partos vaginales ($n = 11.323$) entre Octubre-Diciembre del 2003 y de Octubre a Diciembre del 2005, de 24 unidades de maternidad en dos países de Sur América: Argentina y Uruguay, los resultados encontrados fueron: Los factores de riesgo más fuertemente asociados y la incidencia de moderada hemorragia posparto en mujeres con cada uno de estos factores : placenta retenida (33,3%), el embarazo múltiple (20,9%), macrosomía (18,6%), la episiotomía (16,2%) y la necesidad de sutura perineal (15,0%) (18).

El manejo activo de la tercera etapa del parto, la multiparidad y un recién nacido con bajo peso, se encontraron que son factores de protección. La hemorragia posparto grave se asocia con la placenta retenida (17,1%), embarazo múltiple (4,7%), macrosomía fetal (4,9%), parto inducido (3,5%), y la necesidad de sutura perineal (2,5%) (18).

ALUMBRAMIENTO

El alumbramiento (tercer estadio del trabajo de parto) comprende 3 etapas sucesivas: a) desprendimiento de la placenta y hemostasia, b) migración de la placenta hacia el segmento inferior de la vagina, y c) expulsión de la placenta y las membranas fuera de la vulva. Se distinguen 2 tipos de alumbramiento (19).

1. Alumbramiento normal, donde el desprendimiento y la migración responden a la retracción y las contracciones uterinas espontáneas. Se denomina espontáneo cuando la expulsión de la placenta se produce por simple efecto de la gravedad, de las contracciones musculares reflejas del perineo y los esfuerzos maternos; y natural cuando la expulsión depende de la ayuda de un tercero (19).

2. Alumbramiento dirigido, donde la retracción y las contracciones uterinas se refuerzan artificialmente por medio de medicamentos uterotónicos administrados inmediatamente después del nacimiento (19).

El obstetra debe examinar inmediatamente la placenta para asegurarse de que se trata de un alumbramiento completo. Ante cualquier duda sobre la integridad de la placenta y las membranas, se impone una revisión del contenido uterino. La retención de restos placentarios se puede manifestar en el puerperio tardío en forma de sangrado genital intermitente, presencia de loquios fétidos, endometritis y subinvolución uterina. El ultrasonido pélvico es de gran utilidad para el diagnóstico diferencial de esta entidad. En caso de estar indicado el

legado uterino, los restos extraídos deben enviarse a estudio histopatológico para confirmar el diagnóstico (19).

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

HEMORRAGIA POST PARTO

Se define la hemorragia post parto como la pérdida sanguínea de 500 ml. o más en las primeras 24 horas después del parto o descenso del hematocrito en un 10% o más.

Se calculó que por lo menos el 25% de estas muertes se debe a hemorragias, y la mayoría, a hemorragia puerperal. La mayor parte de estos decesos ocurre en los países en vías de desarrollo. Por consiguiente, la hemorragia puerperal es la complicación más importante del alumbramiento. Quizá resulte sorprendente que, hasta ahora, no exista consenso alguno entre los médicos en cuanto a la mejor manera de prevenir la hemorragia puerperal, es decir, indicar cuál sería el manejo profiláctico de rutina óptimo en el alumbramiento (20).

Esto se debería a que el tejido placentario retenido o adherente impide la adecuada contracción del útero permitiendo la pérdida creciente de la sangre (23).

RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS

Según la OMS es la falta de una porción de la superficie materna de la placenta o presencia de desgarros de membranas, en una puérpera con sangrado variable que continua luego de 12 horas después del parto. Es una de las principales causas de hemorragia post parto, por lo que es importante su estudio (24)

Se produce con frecuencia entre las mujeres que tienen parto domiciliario y además, es una causa de morbilidad y mortalidad materna. Una de las razones detrás de esto es que, el manejo

activo de la tercera etapa del parto es deficiente y una vez que se lleva a cabo, aumenta las posibilidades de hemorragia puerperal (HPP) y sepsis con independencia del lugar del parto (24).

La retención de restos o partes de placenta o membranas puede resultar en atonía uterina, el cual inicialmente puede responder a uterotónicos, pero esta situación puede recurrir durante el puerperio inmediato (25).

Tradicionalmente, los signos clínicos y los síntomas de la retención de restos como sangrado vaginal, fiebre y dolor abdominal fueron utilizados para el diagnóstico, pero la introducción de la ultrasonografía ha contribuido enormemente a la identificación de los restos placentarios (26). La ecografía pélvica desempeña un papel importante en determinar la fuente de sangrado anormal y es la primera opción de imagen, en evaluación para retención placentarios (27, 28)

LEGRADO UTERINO

Procedimiento quirúrgico utilizado como diagnóstico y tratamiento, que consiste en la evacuación del contenido uterino y curetaje mesurado del endometrio (29).

Sus indicaciones son:

Obstétricas:

- Aborto incompleto con altura uterina mayor de 12cm o aborto incompleto complicado (hipovolemia, sepsis).
- Aborto frusto o retenido, con altura uterina igual o mayor de 12cm. Previa expulsión del producto.
- Embarazo molar con altura uterina igual o mayor de 12cm.

- Alumbramiento incompleto (29).

Ginecológicas:

- *Legrado uterino fraccionado para estudio diagnóstico de cáncer de cérvix y/o endometrio.*
- Poliposis endometrial
- Hemorragia uterina disfuncional hemodinámicamente estable (29).

PARIDAD

Nulípara: una mujer que nunca ha rebasado las 20 semanas de gestación. Puede o no haber quedado embarazada, pudo haber experimentado un aborto espontáneo o electivo, o un embarazo ectópico (30).

Primípara: una mujer que ha dado a luz sólo una vez uno o varios fetos vivos o muertos, con una duración calculada de 20 semanas a más. Antes se usaba en umbral de 500g de peso al nacer para definir paridad, este umbral ya no es pertinente por la no supervivencia de lactantes con peso al nacer inferior a 500g (30).

Múltipara: una mujer que ha completado dos o más embarazos hasta las 20 semanas o más. La paridad se determina por el número de embarazos que llegó a las 20 semanas y no por el número de fetos nacidos (30).

CESÁREA

La operación cesárea se define como el nacimiento de un feto mayor de 22 semanas por medio de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y en la pared uterina

(histerotomía), cuando existen indicaciones fetales y/o maternas que contraindican la vía vaginal, evitando así los riesgos y complicaciones materno-fetales (30).

La cesárea es, con mucho, el procedimiento quirúrgico más común en obstetricia. En la actualidad, las tasas están por encima de los niveles de referencia indicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), tanto en los países desarrollados y en desarrollo, con una tendencia a la ampliación. Estudios basados en la población global en América Latina han informado de un tasa del 33% (31).

El parto por cesárea se asocia con un mayor riesgo de morbilidad materna y perinatal en el embarazo actual. Además, se ha informado de un aumento del riesgo de resultados adversos obstétricos en el siguiente embarazo, independientemente de la modalidad del parto (31).

Hay alguna evidencia de que la cicatriz anterior en el útero podría contribuir a una alteración de la placentación, que puede ser la base del desarrollo de futuras complicaciones relacionadas con la placenta, como desprendimiento de la placenta, la preeclampsia y parto prematuro espontáneo. Sin embargo, los resultados de los estudios sobre las mujeres con antecedente de una cesárea previa en relación a los resultados obstétricos en el siguiente embarazo varían sustancialmente entre las poblaciones y por el diseño del estudio (32).

El parto por cesárea se asoció con un mayor riesgo de complicaciones en un embarazo posterior, pero el exceso de riesgo se redujo después de excluir a las mujeres con una complicación real en cualquiera de sus partos anteriores. Para obtener efectos menos sesgados sobre la cesárea en embarazos posteriores, es importante tener en cuenta los antecedentes obstétricos (33)

EDAD

Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que nació en años (34).

En los últimos tiempos, más mujeres están posponiendo el embarazo en la tercera y cuarta décadas de la vida para una variedad de razones. La edad materna avanzada, definida tradicionalmente como la edad más de 35 años, se ha asociado con una mayor morbilidad e intervenciones obstétricas (35).

ESTADO CIVIL

Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles. De acuerdo a las estadísticas nacionales (ENAHO 2010), el estado civil de los peruanos (19 – 49 años), se estratifica así: Soltero 35% conviviente 32% casado 25%, separado 7% viudo 1% y divorciado 0,2% (35).

GRADO DE INSTRUCCIÓN

Condición académica y educativa de la persona. Se refiere al último nivel de enseñanza alcanzado por la población de 15 años y más, en cada uno de los tramos del sistema educativo. Los tramos o niveles del sistema educativo corresponden a la enseñanza básica, media, técnica y superior. Estas dos últimos se agrupan en una categoría. Los porcentajes corresponden a los cursos efectivamente cursados, por lo que se excluye los niveles que no han sido cursados. Se agrega aquella población que declara no tener educación formal (36).

CONTROLES PRENATALES

El control prenatal es un conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en consultas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto fisiológico. (37).

Gestante Contralada, Control prenatal: Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar la morbi-mortalidad materna y perinatal, con el fin de lograr un parto institucional (38).

Atención Pre-Natal: Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud para lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre se considera que todo embarazo es potencialmente en riesgo (38).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) expone lo siguiente con respecto a los objetivos primordiales del control prenatal: mantener la salud materna y del niño, lograr un parto normal y una crianza adecuada (39).

OMS: ideal de 8 a 10 CPN en gestantes de bajo riesgo (39).

MINSA: número mínimo aceptable CPN de bajo riesgo es 6 (37).

Ya desde 1540 hubo autores que hicieron notar alguna importancia acerca de la evolución del embarazo, pero fue hasta 1901 en que Ballantyne enfatizó la importancia de la vigilancia prenatal (40).

EDAD GESTACIONAL

OMS: *edad gestacional o tiempo de amenorrea*, se define como el tiempo (expresado en semanas), transcurrido entre la FUR y un momento dado del embarazo (39).

El conocimiento de la fecha de las menstruaciones antes de embarazarse es de importancia para disminuir el porcentaje de mujeres que la desconocen o tienen dudas. También es recomendable que se suspendan los anticonceptivos orales 3 meses antes de la fecha que

pretenda quedar embarazada para que se regularicen sus ciclos menstruales. Conocer la fecha de última menstruación es fundamental para el seguimiento del control prenatal, así como para adoptar conductas frente a una interrupción de la gestación por un presunto embarazo cronológicamente prolongado o para la atención de un parto de pretérmino. Esto es de particular interés en comunidades donde es dificultoso el acceso al control prenatal temprano. (41).

PROCEDENCIA DEL PARTO

Parto institucional: A nivel internacional se estima que dos de los factores más relacionados con la muerte o la supervivencia materna, son el lugar de atención del parto y las decisiones de la parturienta y de su familia sobre a donde recurrir en caso de una complicación durante el embarazo, el parto o el puerperio. Se estima que hay menos riesgo tanto para la madre como para el recién nacido con un parto institucional que con uno domiciliario (38).

Más de 379 mil partos institucionales anuales ocurrieron entre los años 2005 – 2008, de los cuales más del 90% son atendidos por médicos y obstétricas y en relación a los partos atendidos por tipo de establecimiento podemos mencionar que en éstos años en promedio el 60% han sido en hospitales y el 40% en centros o puestos de salud, para la atención de parto (38).

Parto domiciliario: El parto domiciliario incrementa el riesgo de sufrir una complicación o muerte para la madre y/o el niño, la atención de partos domiciliarios ha disminuido respecto al parto institucional en 4 puntos porcentuales del 2005 al 2008 según Ministerio de Salud (38).

La declaración del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) indica que el parto debe ocurrir solamente en un ambiente hospitalario, sin embargo algunas autoridades de salud como el Colegio Americano de Enfermeras Matronas, y la Asociación Americana de

Salud Pública, tienen políticas que aprueban la práctica del parto fuera del ambiente hospitalario en una población selecta de mujeres (42).

Estudios de partos en domicilio demuestran que es esencial considerar las características de las pacientes en que se planea realizar dicha intervención (42).

Para la planificación de un parto en domicilio se requieren de ciertas características maternas y ambientales, que aseguren un adecuado nacimiento (42).

Un parto en domicilio puede ser viable en mujeres de bajo riesgo. Las características de las madres que han tenido un parto en domicilio con buenos resultados, destacan: raza blanca no hispana, mayores de edad, multíparas, parto vaginal, vivir en regiones no metropolitanas y no fumadoras (42).

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

Planteamiento del problema

La mortalidad materna debida a complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio continúa siendo alta y aún constituye un infortunio en varios países de América Latina y el Caribe. Se calcula que la razón global de mortalidad materna en estos países es de 190 por 100000 nacidos vivos, lo que representa no sólo un infortunio para las familias individuales sino también una pérdida muy grande para la sociedad (43).

Las limitaciones estructurales son importantes pero las evidencias reflejan que aún en las condiciones actuales, se puede mejorar el control y vigilancia del embarazo, parto y puerperio (43).

La calidad y eficiencia en la atención del parto, así como en el puerperio son importantes y conllevan a la necesidad de medirlas, pero es siempre un desafío debido en parte a que los indicadores deben separar la parte de ellos que se debe a las características de los pacientes, de la que se relaciona con la atención prestada (44).

La OMS opina que las complicaciones puerperales inmediatas, son las principales causas de morbimortalidad materna más fácilmente prevenibles y tratables, así pudiendo reducir la incidencia de mortalidad, en aquellas mujeres que tuvieron un parto institucional y además considera urgente que los servicios sanitarios proporcionen la asistencia con alta eficiencia, calidad adecuada y de fácil acceso a todos los niveles de la prestación de los servicios (45).

La razón de muerte materna como indicador del quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM): Mejorar la salud materna, se encuentra en una situación de descenso muy lento en Latinoamérica, y no es excepción en nuestro país (43).

En el Perú, se ha venido haciendo grandes esfuerzos con un número importante de intervenciones dentro del marco del Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna, del Ministerio de Salud, desde 1996. Nuestro país ha tomado con responsabilidad su compromiso y hoy se tiene indicios razonables que la muerte materna acusa una tendencia descendente, aunque lejos de las cifras que todos quisiéramos exhibir (46).

¿El antecedente de cesárea, legrado uterino y paridad están relacionados a la retención de restos placentarios en el puerperio inmediato en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, durante el año 2012?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general:

Determinar si el antecedente de cesárea, legrado uterino y paridad están relacionados a la retención de restos placentarios en el puerperio inmediato en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, durante el año 2012.

Objetivos específicos:

- Evaluar si el antecedente de cesárea anterior está relacionado a la retención de restos placentarios.

- Evaluar si el antecedente de legrado uterino está relacionado a la retención de restos placentarios.
- Evaluar si la paridad está relacionado a la retención de restos placentarios
- Evaluar otros factores epidemiológicos relacionados a la retención de restos placentarios.

VARIABLES

Variable dependiente: retención de restos placentarios

Variables independientes: cesárea previa, antecedente de legrado uterino y paridad.

Variables intervinientes: edad, estado civil, grado de instrucción, edad gestacional, la procedencia del parto y el número de controles prenatales

Luego estas fueron operacionalizadas para facilitar su uso en nuestro estudio . (Ver anexo 3)

HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

HIPÓTESIS GENERAL

El antecedente de cesárea, legrado uterino y paridad están relacionados a la retención de restos placentarios en el puerperio inmediato en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, durante el año 2012.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- **H1:** El antecedente de cesárea está relacionada a la retención de restos placentarios.
- **H₀₁:** El antecedente de cesárea no está relacionada a la retención de restos placentarios.

- **H2:** El antecedente de legrado uterino está relacionado con la retención de restos placentarios.
- **H₀₂:** El antecedente de legrado uterino no está relacionado con la retención de restos placentarios.
- **H3:** La paridad está relacionada con la retención de restos placentarios.
- **H₀₃:** La paridad no está relacionada con la retención de restos placentarios.

HIPÓTESIS ESTADÍSTICA

ANTECEDENTE DE CESAREA

H₀: $p_1 \leq p_2$. La proporción de antecedente de cesárea es menor o igual en puérperas con retención de restos placentarios que en puérperas sin retención de restos placentarios

H_A: $p_1 > p_2$. La proporción de antecedente de cesárea es mayor en puérperas con retención de restos placentarios que en puérperas sin retención de restos placentarios.

P₁: Proporción de puérperas con retención de restos placentarios con antecedente de cesárea

P₂: Proporción de puérperas sin retención de restos placentarios con antecedente de cesárea

ANTECEDENTE DE LEGRADO UTERINO

H₀: $p_1 \leq p_2$. La proporción de antecedente de legrado uterino es menor o igual en puérperas con retención de restos placentarios que en puérperas sin retención de restos placentarios

H_A: $p_1 > p_2$. La proporción de legrado uterino es mayor en puérperas con retención de restos placentarios que en puérperas sin retención de restos placentarios.

P₁: Proporción de puérperas con retención de restos placentarios con legrado uterino

P_2 : Proporción de puérperas sin retención de restos placentarios con legado uterino

PARIDAD

H_0 : $\mu_1 = \mu_2$. La media de la paridad es igual en puérperas con retención de restos placentarios que en puérperas sin retención de restos placentarios

H_A : $\mu_1 \neq \mu_2$ La media de la paridad es diferente en puérperas con retención de restos placentarios que en puérperas sin retención de restos placentarios.

μ_1 : La media de la paridad en puérperas con retención de restos placentarios

μ_2 : La media de la paridad en puérperas sin retención de restos placentarios

TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO

Es un estudio de tipo observacional, analítico, correlacional, casos y controles retrospectivo.

POBLACIÓN Y MUESTREO

Población

En el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco durante el año 2012, hubo un total de 1498 atenciones a gestantes en el periodo de parto y puerperio.

Muestra

Consta de 294 historias de ellas, 147 historias clínicas obstétricas de puérperas inmediatas con diagnóstico de egreso de retención de restos placentarios y 147 controles aquellos que no tienen dicho diagnóstico al egreso, y cuyos partos fueron atendidos por el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano durante el año 2012 en Huánuco.

Unidad de análisis:

Para los casos una historia clínica obstétrica de puerpera con diagnóstico de egreso de retención de restos placentarios, y para los controles también una historia clínica de parto normal sin complicaciones.

Características de la población**Criterios de inclusión**

- Historia clínica de pacientes que en el puerperio inmediato tuvieron diagnóstico de egreso de retención de restos placentarios post parto vía vaginal y edad gestacional más de 22 semanas, atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del HRHVM durante el año 2012, con o sin antecedente de cesárea, legrado uterino, paridad, que cuenten con la cartilla del CLAP.
- Historia clínica de pacientes que en el puerperio inmediato no presentaron retención de restos placentarios post parto vía vaginal y edad gestacional más de 22 semanas, atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del HRHVM durante el año 2012.

Criterios de exclusión

- Mujeres con retención de restos placentarios a causa de otros factores no considerados en el estudio como son acretismo placentario, aborto.

Criterios de eliminación

- Pacientes con diagnóstico retención de restos placentarios ingresadas con el diagnóstico de aborto o edad gestacional menor a 22 semanas por FUR.

- Historias clínicas con o sin diagnóstico de retención de restos placentarios con datos incompletos.

MUESTREO.

Para el muestreo usamos el programa epidat 3.1, usando una confiabilidad del 95% y con corrección de Yates luego éste arrojó un número de casos y controles para cada variable independiente y escogimos el número con el mayor tamaño de muestra con el fin de tener una muestra adecuada para nuestro estudio. (Ver Anexo 4)

Procedimientos para la recolección de información

Para la recolección de datos se usó cuestionarios con preguntas dirigidas (anexo 1), cuya información fue recolectada de forma objetiva.

Dentro del procedimiento de manera observacional se recolectó datos de las historias clínicas en la central de estadísticas del Hospital Regional Hermilio Valdizán, en cuestionarios durante el periodo programado y de forma ordenada. Este instrumento pasó por un proceso de validación mediante validez de contenido y evaluado por expertos en el tema, realizando una prueba piloto para ver la confiabilidad del instrumento mediante el método de mitades partidas, hallando el coeficiente de correlación luego el análisis mediante el programa SPSS 21.

Validación

Procedimiento a utilizar para controlar los factores que amenazan la validez y confiabilidad de los resultados: para el control de la validez y confiabilidad del instrumento se realizó la validez de contenido (evaluado por los expertos), y la confiabilidad mediante el Método de

mitades partidas, ajustando este resultado con el estadístico Coeficiente de Spearman – Brown.

Procedimientos para garantizar aspectos éticos

No existe implementado un comité de ética e investigación del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco, por lo cual este trabajo sólo cuenta con la aceptación de ejecución de trabajo dado por la oficina de Capacitación e Investigación de dicho hospital. Asimismo, se mantiene discreción por parte de los investigadores de los datos personales que figuran en cada historia clínica utilizada para el estudio.

PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS (Ver anexo 5)

CAPÍTULO III

RESULTADOS

En cuanto a las características demográficas de las pacientes del servicio Gineco-obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizán durante el año 2012 (ver Tabla 1), la media de edad fue $26,6 \pm 7,9$, el grado de instrucción más frecuente encontrado fue el de nivel secundario con una frecuencia de 39,1%. El estado civil más frecuente fue el de conviviente con una frecuencia de 62,6% y la procedencia del parto más frecuente fue extrahospitalario con una frecuencia de 73,5%.

Con respecto a las características clínicas, (ver tabla 2), la variable paridad tuvo una media de $\mu = 2,2 \pm 2,2$; el antecedente de cesárea tuvo una frecuencia de 4,4%; y, el de legrado uterino, de 17,3%. El número de controles prenatales tuvo una media de $6,2 \pm 3,1$, siendo menor en los casos; también, se halló que la edad gestacional de >41 semanas tuvo la mayor frecuencia con 76,2%.

En el análisis inferencial bivariado, (ver tabla 3) se encontró que la paridad era significativa, con una p de 0,005 y un OR de 1,95 (IC 1,20 – 2,21), teniendo relación con la retención de restos placentarios. El antecedente de cesárea y legrado uterino no eran significantes, con un p de 0,74 y 0,17, no constituyendo factores relacionados a la retención de restos placentarios. También se encontró que la procedencia del parto extrahospitalario [p = 0,00 (IC 2,38 – 3,5) OR 1,96], edad gestacional [p = 0,00 (IC 1,74 – 5,17) OR 3,00] , menor grado de instrucción [p = 0,08] y menor número de controles prenatales [p = 0,027 (IC 1,02 – 1,60) OR 1,60], tienen relación con la retención de restos placentarios. (Ver anexo 6)

CAÍTULO IV

DISCUSIÓN

La población del departamento de Huánuco según composición por género es de 431 339 (50.4%) que son mujeres y 424 493 (49,6%) son varones. La tasa global de fecundidad, es 3,3 hijos por mujer, siendo el promedio nacional de 2,4 hijos por mujer, persistiendo la brecha entre Perú y Huánuco expresado en 1,7 veces más para Huánuco en relación al promedio nacional y la tasa bruta de natalidad que es de 29/1000 habitantes (47).

En el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano durante el año 2012 hubo un total de 1498 atenciones a gestantes en el periodo de parto y puerperio, siendo de estos 810 partos sin complicaciones y 688 partos con alguna complicación durante el puerperio inmediato. Mencionaremos también que la tasa de casos referidos es alta, puesto que es el único hospital MINSA de referencia del departamento de Huánuco. Nosotros estudiamos a todos los casos con diagnóstico de retención de restos placentarios, un total de 147 casos, y tomamos un número igual de controles de parto normal sin complicaciones.

En nuestro estudio se encontró que la paridad mayor a dos, incrementa el riesgo de retención de restos placentarios en 1,96 veces (OR 1,96; CI 95% 1,20–3,21, $p < 0,005$). Siendo la media $\bar{x} = 2,2 \pm 2,2$ y la media para los casos $2,6 \pm 2,2$ y los controles $1,8 \pm 2,1$. Owolabi A T, (2008) encontró que la gran multiparidad (paridad >5) aumenta el riesgo de retención de restos placentarios en siete veces, (OR 6,63; 95% CI 1,88–23,40; $p < 0,003$) (48). Adelusi B (1997) el análisis de regresión logística destacó que la multiparidad, fue significativamente asociado a retención placentaria (49). Según Chang A (1997), la retención de placenta se encuentra dentro de los factores más comunes en las mujeres con alta paridad (50). Panpaprai P (2007), entre los dos grupos, no hubo diferencias en la paridad (51). Endler M

(2012) paridad de dos o más tenía un efecto aparentemente protector (OR 0,40, IC 95%: 0,24-0,70) (52). Obajimi (2009) en este estudio, sólo 4 pacientes que representaban 4,4% de la población de estudio fueron gran multíparas (53).

Encontramos que el antecedente de cesárea no está relacionado a la retención placentaria (p de 0.28). Walter R V (2012) encontró que las mujeres con cesárea previa tienen resultados obstétricos adversos que incluyen la ruptura uterina, parto prematuro espontáneo, y desprendimiento de la placenta en la siguiente gestación (54). Vasiliki A. (2011) encontró que la retención de placenta en un parto se asocia a una cesárea previa, al parto prematuro, al uso de terapia de reproducción artificial y a las gestaciones múltiples (55). Soltan M. H. (1997) encontró que los casos de retención placentaria presentaron cesárea previa en un 11,6% frente a los controles de 2,3%, con un p a favor de $< 0,0001$ y un OR de 5,52 (6). Cynthia C (1990) encontró que la cesárea previa se asocia a ruptura uterina y placenta previa o placenta adherida. En nuestro hospital resulta frecuente ver que el segundo parto de mujeres con cesárea previa terminen también en cesárea, este hecho hace que en nuestro estudio no se incluyan esas historias, puesto que solo incluimos las retenciones de restos placentarios de partos por vía vaginal (56).

Hallamos que el antecedente de legrado uterino no es factor de riesgo para la retención de restos placentarios, con un p de 0,17, siendo un valor no significativo, con un porcentaje de casos y controles de 43,1% y 56,9%, respectivamente. En los estudios realizados por Owolabi A et al.(2008), Kai H et al.(2008) y Brenda L et al (2013), observamos que el antecedente de legrado uterino tiene un OR de 4,44 con un $p=0,000$, cOR de 1,25 aOR de 1,23 y cOR de 1,35 (1,25 a 1,47) aOR ,32 (1,21 a 1,43) de cada uno respectivamente, siendo este un factor de riesgo para la retención placentaria en un embarazo posterior (48,57,58). En los estudios realizados por Nikolajsen S. et al, no encontraron significancia ni relación del antecedente de

legrado uterino y la retención de restos placentarios (59). El número de controles prenatales menores o igual a 5 incrementa el riesgo de retención de restos placentarios en 1.27 veces. (OR 1.27, CI 95% 1.02–1.60, $p < 0.02$), con una media $\bar{x} = 6,2 \pm 3,1$ y la media para los casos $5,8 \pm 3,1$ y los controles $6,5 \pm 2,9$. Carlos Grandy (1997), comprobó elevada frecuencia de ausencia de control prenatal en los casos de hemorragia del tercer trimestre (60). Vintzileos AM (2002), la falta de control prenatal se asoció con mayor tasa de mortalidad neonatal en presencia de placenta previa (que es una patología importante para retención de restos placentarios) (61).

También se encontró que las gestaciones no a término <37 y >41 semanas de edad gestacional con un p de 0,00, OR de 3,00 y un IC al 95% de 1,74 a 5,17. Romero R (1990) encontró que el parto vaginal prematuro tiene más riesgo de presentar retención placentaria comparado con un parto vaginal a en una gestación a término (9.1% frente a 1.1%, con una p a favor de $<$ de 0.00001 y un OR=9.25 (62). Obajimi G.O. (1990) encontró que el parto pretérmino (<37 semanas) se produjo en 51 pacientes que representan el 56,7 % de los casos de retención placentaria (53). Soltan M. H. (1997) encontró que los partos preterminos (<37 semanas de EG) están relacionados con la retención placentaria, encontrándose una p de 0.0004, con OR de 5.13 (IC95% 2.15-12.55) (6).

Así mismo, las gestaciones de procedencia extrahospitalaria se relacionan con la retención placentaria con un p de 0,00, OR de 2.89 y un IC al 95% de 2.38 a 3.5. Norma Ch P (2010) encontró que el parto domiciliario presentó las siguientes complicaciones 40.6% retención placentaria, 25% expulsivo prolongado, hemorragia post parto 15.6% (63).

Y, el grado de instrucción también está relacionado con la retención de restos placentarios con un $p = 0.007$. En los estudios realizados por Santiago P C (2010), y Jesús J B (2010) y

Juan C G (2011) concluyen de que el no presentar un nivel de escolaridad bajo demuestra que está en íntima relación con la presentación de complicaciones puerperales, ya que la baja escolaridad está directamente proporcional con falta de entendimiento del riesgo que están expuestas y a la ausencia de controles prenatales (64, 65, 66). En el estudio realizado por Owolabi A (2008) no se encontró significancia entre el grado de instrucción y la retención de restos placentarios, no siendo este un factor de riesgo (48).

Los resultados encontrados en el presente estudio coinciden con otros estudios similares realizados en otros ámbitos geográficos.

CONCLUSIONES

La paridad mayor de dos, la edad gestacional, procedencia del parto, grado de instrucción y el número de controles prenatales son factores que se relacionan significativamente con la retención de restos placentarios.

En cuanto al antecedente de cesárea, legrado uterino y estado civil no tienen relación significativa con la retención de restos placentarios.

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

Realizar estudios prospectivos respecto a los factores de riesgo relacionados a la retención de restos placentarios para su mejor conocimiento.

Promover que la atención de la gestante sea integral y adecuada, teniendo en cuenta sobre todo los factores de riesgo como paridad mayor de dos, edad gestacional, número de controles prenatales y procedencia del parto que se asocian significativamente a la retención de restos placentarios.

Mejorar la elaboración de las historias clínicas que deben considerar la mayor cantidad de datos posibles así como su mejor conservación física.

LIMITACIONES

Una de nuestras principales limitaciones del estudio es el diseño retrospectivo que consideramos hubiera sido el ideal. Además, no teníamos datos completos en las historias sobre la inducción del trabajo de parto, periodo intergenésico, parto prematuro espontáneo, que son importantes factores de confusión

Entre otras limitaciones tenemos a los pocos estudios realizados acerca de retención de restos placentarios en nuestro medio, a las historias clínicas mal conservadas con datos incompletos o mal recolectados

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Cabrera S. Hemorragia Posparto. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2010; 56:23-31.
2. Soltan MH, Khashoggi T. Retained placenta and associated risk factors. *J Obstet Gynaecol.* 1997 May;17(3):245-7.
3. Emedicine.medscape.com [en línea]. New York: Postpartum Hemorrhage in Emergency Medicine Clinical Presentation, Inc.; c2000-01 [actualizado 2 May 2012; accesado 2 Jun 2013]. Disponible en:<http://emedicine.medscape.com/article/796785-clinical#showall>.
4. World Health Organization. The prevention and management of postpartum haemorrhage. Report of a Technical Working Group (WHO/MCH /90.7). Geneva: World Health Organization, 1989:4.
5. Weeks AD. The retained placenta. *Am Health Scienc.* 2001;78:36-41.
6. Stones RW, Peterson CM, Saunders NJ. Risk factors for major obstetric haemorrhage. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1993;48:15-8.
7. World Health Organization (WHO). WHO Recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO); 2012. 41
8. Sellmyer M, Desser T, Maturen K, Jeffrey R, Kamaya A. Physiologic, histologic, and imaging features of retained products of conception. *Radiograph.* 2013 May; 33(3):781-96.
9. Tandberg A, Albrechtsen S, Iversen OE. Manual removal of placenta: incidence and clinical significance. *Act Obstet Gynecol Scan.* 1999;78:33-6.
10. Department of health and human services. Deaths: Final Data for 2004. *National Vital Statistics Reports*, Vol. 55, No. 19, August 21, 2007

11. Ely JW, Rijhsinghani A, Bowdler NC, Dawson JD. The association between manual removal of placenta and postpartum endometritis following vaginal delivery. *J Obstet and Gynecol.* 1995; 86:1002-6.
12. Selinger M, MacKenzie I, Dunlop P. Intraumbilical vein oxytocin in the management of retained placenta. *J Obstet and Gynaecol.* 1986; 7:115-7.
13. Thomas WO Jr. Manual removal of the placenta. *Am J Obstet Gynecol* 1983; 86:600-6.
14. Combs CA, Laros RK. Prolonged third stage of labor: morbidity and risk factors. *Obstet Gynaecol.* 1991; 77:863-7.
15. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC. Obstetrical hemorrhage. En: Javier de León, Director. *William obstetrics.* 21ed. New York: McGraw-Hill: 2001:619-69.
16. Prendiville WJ, Harding JE, Elbourne DR, Stirrat GM. The Bristol third stage trial: active versus physiological management of third stage of labour. *Br Med J* 1988; 297:1295.
17. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India (January–February 2012)* 62(1):57–61.
18. Sosa C., Althabe F., Belizán J, and Buekens P., M. Risk Factors for Postpartum Hemorrhage in Vaginal Deliveries in a Latin-American Population. National Institutes of Health. Montevideo, Uruguay. 2010 June 1
19. Dubón Peniche M, Romero Vilchis M. Retención de restos placentarios. Importancia del expediente clínico en la valoración de la atención médica. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM.* 54 (5). Sept-Oct 2011.

20. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of Labour. The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library 2007, Issue 4
21. Emedicine.medscape.com [en línea]. New York: Postpartum Hemorrhage in Emergency Medicine Clinical Presentation, Inc.; c2000-01 [actualizado 2 May 2012; accesado 2 Jun 2013]. Disponible en:<http://emedicine.medscape.com/article/796785-clinical#showall>.
22. Cabrera S. Hemorragia Posparto. Rev Per Ginecol Obstet. 2010; 56:23-31.
23. Gutiérrez G., Calvo R. Protocolo manejo para las hemorragias postparto. E.S.E. Clínica de maternidad. Servicio sala de partos.
24. Marahatta R. Retained placenta a major cause of maternal morbidity. Nepal Med Coll J. 2012 Mar;14(1):41-5.
25. Langhoff-Roos J, Chantraine F, Tómas Geirsson R. AIP (abnormally invasive placenta) – from a retained placenta to destruction of the uterine wall. Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology, Act Obst et Gynecol Scand 92 (2013) 367–368).
26. S. Abbasi, A. Jamal, L. Eslamian and V. Marsousi. Role of clinical and ultrasound findings in the diagnosis of retained products of conception. Ultrasound Obstet Gynecol 2008; 32: 704–707.
27. Aya Kamaya, Ivan Petrovitch, Bertha Chen, Carrie E, R. Brooke. Retained Products of Conception. Spectrum of Color Doppler Findings. J Ultrasound Med 2009; 28:1031-1041

28. Stephanie L. Rufener, Saroja A, William J, Elaine Caoili. Sonography of Uterine Abnormalities in Postpartum and Postabortion Patients. *J Ultrasound Med* 2008; 27:343-348
29. Soltan MH, Khashoggi T. Retained placenta and associated risk factors. Department of Obstetrics and Gynaecology, King Khalid University Hospital, King Saud University, Riyadh, Saudi Arabia. 1997, 17 (3), 245-247.
30. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. MINSA. Enero 2007 pág 37
31. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC. Obstetrical hemorrhage. En: Javier de león, Director. *William obstetrics*. 21ed. New York: McGraw-Hill: 2001:619-69.
32. Daltveit AK, Tollånes MC, Pihlstrøm H, Irgens LM. Cesarean delivery and subsequent pregnancies. Department of Public Health and Primary Health Care, University of Bergen, Bergen, Norway. *Obstet Gynecol*. 2008 Jun;111(6):1327-34
33. Enciclopedia Universal. Salvat; 209. Edad; (11) p. 4916
34. Usta IM, Nassar AH. Advanced maternal age. Part I: obstetric complications. *American journal of Perinatology*. 2008 Sep;25(8):521-34.
35. Universidad de Piura [en línea]. Perú: Instituto de ciencias para la familia [actualizado; accesado 20 Jul 2013]. Disponible en:<http://udp.edu.pe/icf/noticia/solo-el-66-de-los-niños-peruanos-crecen-con-ambos-padres>.
36. Los ríos como vamos [en línea]. Provincia de Valdivia Chile: Indicador: Nivel de instrucción formal, [accesado 20 Jul 2013]. Disponible en: <http://www.losrioscomovamos.cl/2012/educacion/nivel-de-instruccion-formal>

37. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima, Perú: MINSA del Perú. [En línea] 2004 [Fecha de acceso: 1 jul 2013]. URL disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/download/esn/ssr/GuiasAtencionIntegraYSSR.pdf>
38. Atención de la Salud Sexual y Reproductiva en los Servicios de Salud. Ministerio de Salud 2010
39. Villar J, Bergsjö P. WHO Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model. World Health Organization [en línea] 2002 [Fecha de acceso: 1 de noviembre de 2012]. URL disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_01.30.pdf
40. Dra. Angélica Barrios G. Dra. Nancy Heidi Montes Montaña. Control prenatal. *Rev Pacea Med Fam* 2007; 4(6): 128-131
41. Guía para la Práctica del Cuidado Preconcepcional y del Control Prenatal. Ministerio de salud argentina.
42. Felipe Mosella V, Carolina Ibáñez G, Jorge Varas C. *Rev. obstet. Ginecol. Parto extrahospitalario*. 2007; VOL 2 (2): 121-126.
43. Grupo de trabajo Regional para la reducción de la muerte materna. Estimaciones de Mortalidad Materna en América Latina y el Caribe. Marzo 2012
44. Ramos Bustan V. Complicaciones en pacientes con puerperio inmediato atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Provincial general docente Riobamba. Año 2008. [Tesis de Grado]. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo: Facultad de salud pública Escuela de Medicina; 2009.
45. Chhabra Chhabra S, Dhorey M. Retained placenta continues to be fatal but frequency can be reduced. *J Obstet Gynaecol*. 2002;22:630-3.

46. Távora L. Intervenciones para reducir la mortalidad materna en el Perú. *Rev Per Ginecol Obstet* 2006; 52(3); 140-41.
47. Plan estratégico institucional 2007-2012. Oficina ejecutiva de planeamiento estratégico. Dirección Regional de Salud Huánuco. Agost 2007. Pag. 5
48. Owolabi A T, Dare F O, Fasubaa O B, Ogunlola I O, Kuti O, Bisiriyu L A. Risk factors for retained placenta in southwestern Nig *Sing Med. J* 2008; 49(7) : 532
49. Adelusi B, Soltan MH, Chowdhury N, Kangave D. Risk of retained placenta: multivariate approach. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1997 May;76(5):414-8.
50. Chang A, Larkin P, Esler EJ, Condie R, Morrison J. The obstetric performance of the grand multipara. *Med J Aust.* 1977 Mar 5;1(10):330-2.
51. Panpaprai P, Boriboonhirunsarn D. Risk factors of retained placenta in Siriraj Hospital. *J Med Assoc Thai.* 2007 Jul;90(7):1293-7.
52. Margit Endler, Charlotta Grünewald, and Sissel Saltvedt. Epidemiology of Retained Placenta Oxytocin as an Independent Risk Factor. *Obst Gynecol.* 2012 April 119 (4) 801-9
53. G.O. Obajimi, A.O. Roberts, C.O. Aimakhu, F.A. Bello, and O. Olayemi. An Appraisal Of Retained Placentae In Ibadan: A Five Year Review. *Ann of Ibad Postgrad Med.* 2009 June 7 (1) 21-5
54. Walter R. V. L. Conny E. N. R. Obstetric outcomes in the second birth of women with a previous caesarean delivery: a retrospective cohort study from Peru. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2013; 35(4):148-52
55. Vasiliki A. Moragianni, Konstantinos N. Aronis and Frank J. Craparo. Risk factors associated with retained placenta after cesarean delivery. *J. Perinat. Med.* 39 (2011) 737-740.

56. Cynthia C, William N. P. Herbert, MD, and Carolyn M. Zelop, MD. Clinical Management Guidelines For Obstetrician Gynecologists. *Obst And Gynecol.* 2006 Oct 108 (4),1039-47
57. Kai Haldre, Kaja Rahu, Helle Karro, Mati Rahu. Previous history of surgically induced abortion and complications of the third stage of labour in subsequent normal vaginal deliveries. *J of Matern-Fet and Neon Med*, December 2008; 21(12): 884–888.
58. Scholten BL, Page- Christiaens GCML, Franx A, et al. The influence of pregnancy termination on the outcome of subsequent pregnancies: a retrospective cohort study. *Br Med J* 2013 August 27,1-7
59. Nikolajsen S, Løkkegaard ECL, Bergholt T. Reoccurrence of retained placenta at vaginal delivery: An observational study. *Act Obstet Gynecol. Scand* 2013; 92:421-25
60. Grandi C. Pedro S. Control Prenatal: Evaluación de los requisitos básicos recomendados para disminuir el daño perinatal. *Rev Soc Bol Ped* 1997; 36 (supl 1): 515-20
61. Vintzileos AM. Ananth CV, Smulian JC, The association of placenta previa with history of cesarean delivery and abortion: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177:1071–1078.
62. Romero R, Hsu VC, Athanassiadis AP, et al. Preterm delivery: a risk factor for retained placenta. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163:823-5.
63. Norma C. Chagua P. Características Sociales de las Mujeres con Parto Domiciliario en la Comunidad de Huaycán. 2010. *Rev Salud, Sexualidad y Sociedad* 3(1)

64. Santiago F. Pazan G. Factores de Riesgo de Patologías Puerperales. Hospital Jose Maria Velasco Ibarra, 2010. [Tesis de Grado]. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo: Facultad de salud pública Escuela de Medicina; 2010.
65. Jesus J. Bonifaz G. Hemorragias Post-Parto en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba 2010. [Tesis de Grado]. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo: Facultad de salud pública Escuela de Medicina; 2010.
66. Juan F. Cifuentes G, Factores Culturales, Económicos, Demográficos y Obstétricos Determinantes de Riesgo de Anemia Durante el Puerperio Inmediato en La Maternidad Periférica Zona 18, Guatemala 2011. [Tesis de Grado]. Universidad Mariano Gálvez de Guatemala Facultad de Ciencias Médicas y de La Salud. 2011.

ANEXOS

ANEXO 1: PLAN DE TESIS

TÍTULO: “Cesárea previa, legrado uterino y paridad como factores relacionados a la retención de restos placentarios en el puerperio inmediato, en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano durante el año 2012”

PROYECTO DE TESIS: se construye dicho proyecto entre los meses de marzo a julio del 2013, aprobando como asesora de tesis a la Dra, Violeta Alva Diaz el 22 de julio del 2013 con resolución N° 179-2013.UNHEVAL-FM-D. Se nombra comisión revisora el 13 de agosto del 2013 con resolución N° 221-2013-UNHEVAL-FM-D.

EJECUCIÓN Y APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS: se resuelve aprobar el proyecto de tesis con fecha 31 de enero del 2014 con Resolución N°0034- UNHEVAL-FM-D, siendo ejecutada según los estándares del reglamento de grados y títulos.

ANEXO 2: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Apellidos y nombres del recolector:.....

N° de Historia clínica:.....

Objetivos:

Recolectar información de la historia clínica de la paciente para el procesamiento de las variables y así estimar la relación de factores a retención de restos placentarios

Instrucciones al recolector:

Lea detenidamente las preguntas. Conteste de acuerdo a la información obtenida en la historia clínica.

Rellene los espacios en blanco con letra legible. Marque con aspa (x) o cruz (+) sobre los recuadros.

1. Edad de la paciente (consignar en años cumplidos)

.....

2. Hubo retención de restos:

No (0)

Sí (1)

3. Grado de instrucción de la paciente

• Analfabeta (0)

• Primaria (1)

• Secundaria (2)

• Nivel superior (3)

4. ¿Qué Estado civil?

• Soltera (0)

• Casada (1)

ANEXO 2: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Apellidos y nombres del recolector:.....

Nº de Historia clínica:.....

Objetivos:

Recolectar información de la historia clínica de la paciente para el procesamiento de las variables y así estimar la relación de factores a retención de restos placentarios

Instrucciones al recolector:

Lea detenidamente las preguntas. Conteste de acuerdo a la información obtenida en la historia clínica.

Rellene los espacios en blanco con letra legible. Marque con aspa (x) o cruz (+) sobre los recuadros.

1. Edad de la paciente (consignar en años cumplidos)

.....

2. Hubo retención de restos:

No (0)

Sí (1)

3. Grado de instrucción de la paciente

• Analfabeta (0)

• Primaria (1)

• Secundaria (2)

• Nivel superior (3)

4. ¿Qué Estado civil?

• Soltera (0)

• Casada (1)

ANEXO 3

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	CATEGORÍA O DIMENSIÓN	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	NIVEL DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	INDICE	VALOR	FUENTE
RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS	Cualitativa nominal dicotómica	Retención de restos placentarios	OMS: falta de una porción de la superficie materna de la placenta o presencia de desgarros de membranas, púrpura con sangrado leve que continúa luego de 12 horas después del parto, con sangrado variable.	Presencia o ausencia de retención de restos placentarios registrados en la historia clínica.	Presencia o ausencia de retención de restos placentarios.	Nominal	Sí o no		Sí o no	Historia clínica
ANTECEDENTE DE LEGRADO UTERINO	Cualitativa nominal dicotómica	Antecedente de legrado uterino	Procedimiento quirúrgico utilizado como diagnóstico y tratamiento, que consiste en la evacuación del contenido uterino y curetaje medido del endometrio.	Legrados uterinos previos a la gestación actual registrados en la historia clínica.	Presencia o ausencia de antecedentes de LU obtenidas de las historias clínicas de las púrpuras.	Nominal	Sí o no		Sí No	Historia clínica
PARIDAD	Cuantitativa discreta	Paridad	Número de embarazos con un alumbramiento más allá de la semana 22 o con un infante de peso mayor a 500 g	Número de partos a término y pretérmino vía vaginal o cesárea registrados en la historia clínica.	Número de partos a término y pretérmino	Intervalo			0 1 2 3 4 ...	Historia clínica
ANTECEDENTE DE CESAREA	Cualitativa nominal dicotómica	Antecedente de cesárea	Es el nacimiento de un feto mayor de 22 semanas por medio de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y en la pared uterina (histerotomía), cuando existen indicaciones fetales y/o maternas que contraindican la vía vaginal, evitando así los riesgos y complicaciones materno-fetales	Cesáreas previas registrados en la historia clínica.	Presencia o ausencia de cesáreas previas obtenidas de las historias clínicas de las púrpuras.	Nominal	Sí o no		Sí No	Historia clínica

EDAD	Cuantitativa discreta		Tiempo transcurrido a partir del nacimiento hasta la actualidad.	Determinación de la fecha de nacimiento hasta el momento del parto de la paciente consignada en la historia clínica.	Edad en años cumplidos	Intervalo	Años cumplidos	Años cumplidos	Historia clínica	
ESTADO CIVIL	Cualitativo Politómico	Soltera Casada Conviviente Otros	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles	Condición civil de los casos y controles que presentaron retención de restos placentarios.	Estado civil	Nominal	No tiene	Porcentaje de solteras Porcentaje de casadas Porcentaje de otros	Soltera Casada Conviviente Otros	Historia clínica
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Cualitativo Politómica	Analfabeta Primaria Secundaria Superior Otros	Condición académica y educativa de la persona	Condición de los casos y controles en nivel educativo.	Grado de instrucción	Nominal		Porcentaje de analfabetas Porcentaje en nivel primario Porcentaje en nivel secundario Porcentaje en nivel superior	Analfabeta Primaria Secundaria Superior Otros	Historia clínica

CONTROLES PRENATALES	Cuantitativo o Discreta	Controles prenatales	Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto, con acciones sistémicas y periódicas, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal. OMS: ideal de 8 a 10 CPN en gestantes de bajo riesgo. MINSA: número mínimo aceptable CPN de bajo riesgo es 6.	Número de controles de las gestantes caos y controles durante su embarazo.	Número de controles prenatales	Intervalo	Número de controles	Media de controles	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Historia clínica
EDAD GESTACIONAL	Cuantitativo o Discreta	Edad gestacional	OMS: EG o tiempo de amenorrea, se define como el tiempo (expresado en semanas), transcurrido entre la FUR y un momento dado del embarazo.	Cálculo de la edad gestacional a partir de la FUR en gestantes casos y controles.	EG según FUR	Intervalo	Semanas gestacionales			Historia clínica
PROCEDENCIA DEL PARTO	Cualitativo	Procedencia del parto	Es el sitio donde ocurrió el hecho.	Lugar donde se atendió el parto: institucional, domiciliario u otro lugar.	Institucional No institucional	Nominal	Institucional No institucional		Extra hospitalario Intra hospitalario	Historia clínica

ANEXO 4

Muestreo

La fórmula para el diseño de casos y controles es:

q1: Proporción de sujetos en el grupo 1

q2: Proporción de sujetos en el grupo 2

N: Número total de sujetos.

P: $q_1P_1 + q_2P_2$

$$N = \frac{[z_{\alpha} \sqrt{P(1-P)(1/q_1 + 1/q_2)} + z_{\beta} \sqrt{P_1(1-P_1)(1/q_1) + P_2(1-P_2)(1/q_2)}]^2}{(P_1 + P_2)^2}$$

P1: Proporción de sujetos que se espera que tenga el resultado en un grupo*

P2: Proporción de sujetos que se espera que tenga el resultado en el otro grupo*

Para el muestreo se consideraron las tres variables independientes.

Proporción de casos expuestos: 29.200%
 Proporción de controles expuestos: 7.100%
 OR esperado: 5.396
 Controles por caso: 1
 Nivel de confianza: 95.0%

Potencia (%)	Chi-cuadrado	Tamaño de muestra	
		Casos	Controles
80.0	Sin corrección	47	47
	Corrección de Yates	56	56

Proporción de casos expuestos: 10.500%
 Proporción de controles expuestos: 0.800%
 OR esperado: 13.122
 Controles por caso: 1
 Nivel de confianza: 95.0%

Potencia (%)	Chi-cuadrado	Tamaño de muestra	
		Casos	Controles
80.0	Sin corrección	65	65
	Corrección de Yates	81	81

Proporción de casos expuestos: 28.800%
 Proporción de controles expuestos: 10.800%
 OR esperado: 2.872
 Controles por caso: 1
 Nivel de confianza: 95.0%

Potencia (%)	Chi-cuadrado	Tamaño de muestra	
		Casos	Controles
80.0	Sin corrección	104	104
	Corrección de Yates	117	117

Antecedente de legado

$p_1=29.2\%$ $p_2=7.1\%$

$\alpha = 0.05$ $\beta = 0.2$

$$n = 56$$

Antecedente de cesárea

$$p1=13.3\% \quad p2=0.8\%$$

$$\alpha = 0.05 \quad \beta = 0.2$$

$$n = 81$$

Paridad

$$p1=25.8\% \quad p2=10.8\%$$

$$\alpha = 0.05 \quad \beta = 0.2$$

$$n = 117$$

Según estos resultados, el tamaño de muestra para nuestro estudio sería de 117 casos y controles.

Referencia: Risk factors for retained placenta in southwestern Nigeria. Singapore Med J 2008; 49(7): 532.

ANEXO 5

Plan de análisis de resultados

Análisis univariado

Variable	Tipo	Medida de tendencia central	Medida de dispersión	Gráficos
RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS ANTECEDENTE DE LEGRADO UTERINO	Cualitativo	Proporción Porcentaje	Error estándar	Pastel
	Cualitativo	Proporción Porcentaje	Error estándar	Pastel
PARIDAD	Cuantitativo	Proporción Porcentaje Media Mediana Moda	Error estándar Varianza Desviación estándar	Histograma Polígono de frecuencia Box-plot Diagrama de dispersión
ANTECEDENTE DE CESAREA	Cualitativo	Proporción Porcentaje	Error estándar	Pastel

Fuente elaboración propia

Análisis Inferencial

Objetivo	Hipótesis	Variables	Plan de tabulación	Estadístico
Evaluar si el antecedente de cesárea anterior está relacionado a la retención de restos placentarios.	El antecedente de cesárea está relacionado a la retención de restos placentarios.	Retención de restos placentarios/ antecedente de cesárea	Asociación estadística	Chi- cuadrado
Evaluar si el antecedente de legrado uterino está relacionado a la retención de restos placentarios.	El antecedente de legrado uterino está relacionado a la retención de restos placentarios.	Retención de restos placentarios/ antecedente de legrado uterino	Asociación estadística	Chi- cuadrado
Evaluar si la paridad está relacionada a la retención de restos placentarios	La paridad está relacionada a la retención de restos placentarios.	Retención de restos placentarios/ paridad	Asociación estadística	Distribución paramétrica t-student para muestras relacionadas. Distribución no paramétrica U de Mann-Whitney

Fuente elaboración propia

Programas a utilizados para el análisis de datos

Se usará los programas Excel, EpiDat 3.1 y SPSS 21 para el procesamiento de datos.

ANEXO 6

Tabla 1. Características demográficas de las pacientes del servicio Gineco-obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizan durante el año 2012

Características demográficas	n %
Edad	
14 - 18	45 (15,3)
19 - 23	86 (29,3)
24 - 28	49 (16,7)
29 - 33	44 (15,0)
34 - 38	42 (14,3)
39 - 43	26 (8,8)
44+	2 (0,7)
Grado de instrucción	
Analfabeta	32 (10,9)
Primaria	108 (36,7)
Secundaria	115 (39,1)
Superior	39 (13,3)
Estado civil	
Soltera	51 (17,3)
Casada	53 (18,0)
Conviviente	184 (62,6)
Otros	6 (2,0)
Procedencia del parto	
Intrahospitalario	78 (26,5)
Extrahospitalario	216 (73,5)

Fuente elaboración propia

^a Media de la muestra

Tabla 2 Características clínicas de las pacientes del servicio Gineco-obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizan durante el año 2012

Características clínicas	n%
Paridad	
≤ 2	12
> 2	49
$\mu = 2,2 \pm 2,2^a$	2,6 \pm 2,2
Antecedente de cesárea	
Sí	13 (4,4%)
No	281 (95,6%)
Antecedente de LU	
Sí	51 (17,3%)
No	243 (82,7%)
CPN	
$\mu = 6,2 \pm 3,1^a$	5,8 \pm 3,1 6,5 \pm 2,9
Edad gestacional	
<37 semanas	9 (3,1%)
37 - 41 semanas	61 (20,7%)
>41 semanas	224 (76,2%)

Fuente elaboración propia

^a Media de las muestras

Tabla 3 Análisis inferencial bivariado de las pacientes del servicio Gineco-obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizan durante el año 2012

Características		Retención de restos placentarios				X ²	p	OR 95%	IC 95%	
		N casos	% casos	N controles	% controles				Inferior	Superior
Antecedente de Cesárea	Si	5	38,5%	8	61,5%	0,74	0,28	--	--	--
	No	142	50,5%	139	49,5%					
Antecedente de Legrado Uterino	Si	22	43,1%	29	56,9%	1,16	0,17	--	--	--
	No	125	51,4%	118	48,6%					
Paridad #	$\bar{x} = 2,2 \pm 2,2$	147	2,6 \pm 2,2	147	1,8 \pm 2,1	--	0,00*	--	--	--
Paridad	>2	61	39%	39	61%	7,33	0,005	1,96	1,20	3,21
	≤ 2	86	55,7%	108	44,3%					
Edad #	$\mu = 26,6 \pm 7,9$	147	27,0 \pm 7,7	147	26,2 \pm 8,1	--	0,364*	--	--	--
Procedencia del parto	Extrahospitalario	75	96,2%	3	3,8%	90,46 ^s	0,00	2,89	2,38	3,5
	Intrahospitalario	72	33,3%	144	66,7%					
Edad gestacional del recién nacido	No Atermino <37 y >41 ss EG	56	69,1%	25	30,9%	16,37	0,00	3,00	1,74	5,17
	Atermino 37-41ssEG	91	42,7%	122	57,3%					
Grado de instrucción	Analfabeta y Primaria	78	55,7%	62	44,3%	3,49	0,080	--	--	--
	Secundaria y Superior	69	44,8%	85	55,2%					
Estado Civil	Soltera	23	45,1%	28	54,9%	6,43 ^s	0,092	--	--	--
	Casada	33	62,3%	20	37,7%					
	Conviviente	90	48,9%	94	51,1%					
	Otros	1	16,7%	5	83,3%					
Numero de Controles CPN #	$\bar{x} = 6,2 \pm 3,1$	147	5,8 \pm 3,1	147	6,5 \pm 2,9	--	0,038*	--	--	--

Fuente: Elaboración propia

* Nivel de significancia P. Según el análisis de U de Mann - Whitney

Comparación de medias

^s Prueba exacta de Fisher

ANEXO 7

NOTAS BIOGRÁFICAS

Haiddy Sara Cuestas Meneses

Yo, Haiddy Sara Cuestas Meneses, nací en Huánuco el 12 de setiembre del año 1989, hija de don Rodolfo Cuestas Gómez y doña Rosa Meneses Mendieta, primera hija de cinco hermanos. Hice mis estudios primarios en el Centro Educativo Privado “Felicita Garay de Hinostroza”, posteriormente, los estudios secundarios en el colegio privado “Amadeus Mozart” hasta el cuarto de secundaria terminado el quinto de secundaria en el Institución Educativa Privada “San Pablo” y, realicé estudios pre-universitarios en la Academia “Von Neumann”. Postulé a la Universidad Nacional Hermilio Valdizan – Huánuco ingresando en el segundo lugar a la carrera de Medicina Humana en el año 2007.

Estudié pregrado en la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Hermilio Valdizan, mi último año lo culminé realizando internado Médico en el Hospital Base II EsSalud Huánuco.

Esto es sólo el inicio de una gran camino lleno de desafíos, aprendizajes y miles de retos y sueños por cumplir.

Henry Yoler Espinoza Chávez

Yo Espinoza Chavez Henry Yoler, nacido en la ciudad de Huánuco el día 15 de setiembre, mis padres Espinoza Nieto Alfonso y la sseñora Estela Chavez Falcon y mis hermanas Yessica, Kelly Katherine, y Bridgeth.

Realice estudios de primaria en la escuela Señor de los Milagros, y los estudios de secundaria en C.N. Leoncio Prado. Mis estudios superiores en la U.N. Hermilio Valdizan Medrano, realizando el Internado Medico en el Hospital EsSalud Base II Huánuco.

Nashely Sandy Valer Carmen

Yo, Nashely Sandy Valer Carmen, nací en la bella ciudad de Tingo María, en medio de una familia conformada por Honorio Valer Romero, Sadith Carmen Huamán y mis dos hermanos: Carlos y Araceli.

Estudiar medicina comenzó como una inquietud, y en medio de ese proceso, no imaginé que iba a enfrentar desafíos tras desafíos, aunque sé que todavía hay mucho por recorrer y que no se termina con un título, sino al contrario, es el inicio de la apasionante carrera de medicina. Gracias a esa inquietud, viví extraordinarios momentos, algunos tristes y otros felices. Ahora puedo decir que no pude haber elegido mejor carrera que la Medicina.



"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"
UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
HUÁNUCO – PERÚ
FACULTAD DE MEDICINA

DECANATO

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL
DE MÉDICO CIRUJANO**

En la ciudad de Huánuco, ciudad Universitaria de Cayhuayna, a los doce días del mes de febrero del dos mil quince, siendo las 12:30 horas, y de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL, se reunieron en el auditorium de la Facultad de Medicina, los miembros integrantes del Jurado Calificador de Tesis, designados con Resolución N° 0026-2015/UNHEVAL-FCM-D de fecha 28 de enero 2015, para proceder a la Sustentación de tesis colectiva titulada **"CESÁREA PREVIA, LEGRADO UTERINO Y PARIDAD COMO FACTORES RELACIONADOS A LA RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS EN EL PUERPERIO INMEDIATO, EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO DURANTE EL AÑO 2012"** elaborados por los Bachilleres en Medicina Humana de la Facultad de Medicina **Haiddy Sara CUESTAS MENESES, Henry Yoler ESPINOZA CHÁVEZ y Nashely Sandy VALER CARMEN**, para obtener el TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO, conformado el Jurado por los siguientes docentes:

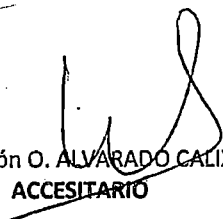
- Mg. José Ernesto GONZÁLEZ SÁNCHEZ	Presidente
- Méd. José Bernardino GUTARRA VARA	Secretario
- Dr. Bernardo C. DÁMASO MATA	Vocal
- Mg. Niltón O. ALVARADO CALIXTO	Accesitario

Finalizado el acto de sustentación de Tesis Colectiva, el Presidente del Jurado Evaluador indica a los sustentantes y al público presente retirarse de la sala de sustentación por un espacio de cinco minutos para deliberar y emitir la calificación final, quedando los sustentantes **Haiddy Sara CUESTAS MENESES, Henry Yoler ESPINOZA CHÁVEZ y Nashely Sandy VALER CARMEN**, *Muy Buena*, con la nota de *17* equivalente a *Muy Buena*, con lo cual se da por concluido el proceso de sustentación de Tesis a las *14:30* horas en fe de la cual firmamos.

Cayhuayna, 12 de febrero del 2015


Mg. José Ernesto GONZÁLEZ SÁNCHEZ
PRESIDENTE


Méd. José Bernardino GUTARRA VARA
SECRETARIO


Mg. Niltón O. ALVARADO CALIXTO
ACCESITARIO

- Bueno (14,15,16)
- Muy Bueno (17,18)
- Excelente (19 y 20)