

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**Multiparidad como factor de riesgo asociado a retención placentaria en
gestantes del Hospital Belén de Trujillo**

Tesis para optar el Título de Médico Cirujano

AUTOR:

Scarleth Stany Zavaleta Valderrama

ASESOR:

Dr. Luis Verastegui Silva

Trujillo – Perú

2018

TABLA DE CONTENIDOS

TABLA DE CONTENIDOS	2
PAGINA DE DEDICATORIA	3
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCION.....	6
MATERIAL Y METODOS.....	15
RESULTADOS.....	26
DISCUSION.....	32
CONCLUSIONES.....	35
SUGERENCIAS	36
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	37
Anexos:.....	43

DEDICATORIA

Llena de regocijo, de amor y esperanza, dedico este trabajo final, a cada uno de mis seres queridos y mis padres, quienes han sido mis pilares para seguir adelante.

Desde el cielo quiero alzar la mirada y ver como mi mamita Hilda Alcántara hace fiesta y celebra el poder ver como poco a poco voy alcanzando mis metas y estoy segura que hoy como siempre está a mi lado dandome fuerzas y valor para seguir adelante en todos mis sueños.

Es para mi una gran satisfacción poder dedicarles a ellos, que con mucho esfuerzo, esmero y trabajo me lo he ganado.

Y sin dejar atrás a toda mi familia por confiar en mi, gracias por ser parte de mi vida y por permitirme ser parte de su orgullo.

RESUMEN

Objetivo: Determinar si la multiparidad es factor de riesgo asociado a retención placentaria en gestantes del Hospital Belén de Trujillo.

Material y Métodos: 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.

Palabras Clave: *Multiparidad , factor de riesgo, retención placentaria*

ABSTRACT

Objective: To determine if multiparity is a risk factor associated with placental retention in pregnant women of the Belén Hospital of Trujillo.

Material and Methods: An analytical, observational, retrospective, case and control study was carried out. The study population consisted of 136 pregnant women; which were divided into 2 groups: with or without placental retention; the odds ratio and the chi square test were calculated.

Results: No significant differences were observed in relation to the variables of maternal age, gestational age and origin among patients with or without retained placental. The frequency of multiparity in pregnant women with placental retention was $18/68 = 26\%$. The frequency of multiparity in pregnant women without placental retention was $8/68 = 13\%$. Multiparity is a risk factor for placental retention in pregnant women with an odds ratio of 2.7 which was significant ($p < 0.05$).

Conclusions: Multiparity is a risk factor associated with placental retention in pregnant women at the Belén Hospital of Trujillo.

Keywords: *Multiparity, risk factor, placental retention.*

I. INTRODUCCION

La retención placentaria es una complicación del periodo de alumbramiento que compromete al 0.5% -3% de las gestantes, y es una causa importante de mortalidad materna por hemorragia posparto y sepsis puerperal. Después de la atonía uterina, la retención placentaria es la segunda indicación principal de transfusión de sangre en la tercera etapa del parto. El manejo apropiado del tercer periodo del parto puede ayudar a reducir las complicaciones asociadas con esta etapa^{1,2,3}.

La retención placentaria es una causa potencialmente prevenible de hemorragia postparto. A pesar de que algunos factores que predisponen a una mujer embarazada a la retención placentaria han sido identificados, no hay consenso sobre su importancia relativa. Por ejemplo, los autores han informado un aumento significativo en la incidencia de placenta retenida debido a factores como el trabajo de parto prematuro, multiparidad y en algunos casos en el contexto de la inducción de labor de parto^{4,5,6}.

Los cambios uterinos son progresivos en cada una de las etapas, así que después del alumbramiento (expulsión de la placenta), inicia una serie de contracciones uterinas vigorosas, ya que la fibra muscular, al carecer de contenido en la cavidad uterina, puede contraerse fácilmente; estas contracciones se presentan durante todo el puerperio, predominando en el inmediato y mediato^{7,8,9}.

Estas contracciones son importantes, para favorecer la constricción de los vasos nutricios en el lecho placentario, y por consiguiente, para el proceso hemostático secundario. Cabe mencionar, que 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 y la vagina, y c) expulsión de la placenta y las membranas fuera de la vulva^{10,11,12}.

Se distinguen 2 tipos de alumbramiento: el 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; y el alumbramiento dirigido, donde la retracción y las contracciones uterinas se refuerzan artificialmente por medio de medicamentos uterotónicos administrados inmediatamente después del nacimiento^{13,14,15}.

El médico tras el alumbramiento 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^{16,17}.

El ultrasonido pélvico es de gran utilidad para el diagnóstico diferencial de esta entidad. En caso de estar indicado el legrado uterino, los restos extraídos deben enviarse a estudio histopatológico para confirmar el diagnóstico. En el puerperio avanzado, el legrado uterino instrumental comporta notables peligros. El útero puerperal es extraordinariamente friable, y su perforación es sumamente fácil. La friabilidad que afecta a todas las capas del órgano uterino expone a esta grave complicación^{18,19}.

Transcurridos unos días, y con mayor motivo unas semanas después del parto, el legrado de un útero puerperal es sumamente difícil; el movimiento de la legra, debe ser lentísimo para evitar la perforación uterina, la cual puede provocar complicaciones hemorrágicas y sepsis^{20,21}.

La multiparidad constituye un factor de riesgo muy importante en el embarazo, parto o puerperio relacionándose estrechamente con la morbi-mortalidad materna y otras complicaciones a las que predispone en la gestación^{22,23}.

Esta circunstancia clínica es considerada un factor de riesgo importante en la salud materno-feto-neonatal. Está asociada a entidades perinatales muy graves y de gran peso en la Salud Pública tales como muerte materna, morbilidad materna severa, morbimortalidad feto-neonatal y otros que implican detrimento económico, psicológico y social^{24,25,26}.

En este grupo de mujeres hallamos una inadecuada o irregular utilización de los métodos anticonceptivos convencionales. Se considera, que el número de hijos afecta los patrones de ingreso y consumo de los hogares, el grado de cuidado psicofísico y el bienestar familiar^{27,28,29}.

El mayor número de partos previos produce que el útero vaya perdiendo su normalidad fisiológica, las fibras musculares disminuyen su elasticidad y contractibilidad, por lo que el parto y alumbramiento el útero se contrae con escasa energía produciéndose complicaciones de resistencia a nivel del cuello uterino, lo cual puede ser causa de partos prolongados, uso de oxitócicos, retención de la placenta, desgarros de partes blandas y sangrados postpartos por atonía uterina³⁰.

El incremento de las anomalías de las implantaciones de placenta en mujeres con paridad incrementada y su relación con la atonía uterina en este grupo de mujeres, constituyen factores que conducen a la placenta retenida. Se ha postulado que los músculos uterinos son reemplazados por tejido fibroso por embarazos repetidos, como resultado se consume una reducción en el poder contráctil del útero que puede conducir a la atonía y finalmente a la retención de placenta³¹.

Mujeres con grado de paridad incrementada son propensas a complicaciones tales como obstrucción de labor de parto, segunda etapa del trabajo de parto prolongado, ruptura del útero y prolongación de la tercera etapa del parto y alteraciones placentarias³².

Owolabi A, et al (Nigeria, 2013); llevaron a cabo un estudio con la finalidad de verificar la influencia de la multiparidad en relación con la aparición de retención placentaria en gestantes no expuestas a cesárea, por medio de un estudio retrospectivo de casos y controles en el que se incluyeron a 6160 pacientes de las cuales 120 presentaron retención placentaria con una incidencia del 2%; encontrando que la frecuencia de multiparidad fue significativamente mayor en el grupo con retención respecto al grupo sin retención, siendo la diferencia significativa (OR 6.63, IC 95% 1.88-23.40, $p < 0.003$)³³.

Coviello E, et al (Norteamérica, 2015); llevaron a cabo un estudio con la finalidad de reconocer la influencia de la multiparidad respecto al riesgo de desarrollar retención placentaria en gestantes no expuestas a cesárea, por medio de un estudio retrospectivo de casos y controles en el que se incluyeron a 91 291 gestantes con más de 24 semanas de edad gestacional; de los cuales 1047 se complicaron con retención placentaria; observando que la multiparidad fue un predictor significativo de retención placentaria (OR 4.56; IC 95%=2.08-9.94)³⁴.

Ashwal E, et al (Arabia, 2014), llevaron a cabo una investigación con el objetivo de verificar la influencia de la multiparidad en relación con el riesgo de desarrollar retención placentaria, en gestantes que fueron atendidas por vía de parto vaginal; en un estudio retrospectivo de casos y controles en el que se incluyeron a 33 925 gestantes de las cuales presentó retención placentaria 491 de ellas; se encontró que al tener un menor grado de paridad resulto un factor protector para la presencias de retención placentaria (OR 0.79, IC 95% 0.68-0.91; $p < 0.05$)³⁵.

Belachew J, et al (Norteamérica, 2014); llevaron a cabo un estudio con la finalidad de caracterizar la influencia del grado de paridad respecto al incremento en el riesgo de retención placentaria, por medio de un estudio observacional analítico de casos y controles en el que se incluyeron a 258 608 gestantes de las cuales 19 458 presentaron retención placentaria; encontrando que la frecuencia de multiparidad fue significativamente más elevada en el grupo de pacientes con retención placentaria en relación con el grupo control (OR 1.45; IC 95% 1.32-1.59; $p < 0.05$)³⁶.

John C, et al (Reino Unido, 2015); llevaron a cabo una investigación con la finalidad de precisar la influencia de la multiparidad en relación con el riesgo de retención placentaria por medio de un estudio retrospectivo de casos y controles en el que se incluyeron a 15 789 gestantes de las cuales 93 presentaron retención placentaria; observando que la frecuencia de multiparidad fue significativamente mayor en el grupo de pacientes con retención placentaria que en el grupo sin esta complicación ($p < 0.05$)³⁷.

La retención placentaria es una condición patológica observada con frecuencia en nuestro medio, en el contexto de gestantes con algún grado de acretismo placentario; siendo responsable de una considerable carga de morbilidad obstétrica y neonatal; en este sentido resulta de sumo interés la identificación de aquellas condiciones asociadas con su aparición y cuya identificación permitan el reconocimiento precoz de esta patología; en tal sentido se ha descrito la asociación entre la paridad incrementada y el aumento en el riesgo de presentar esta complicación de la inserción placentaria; es por ello que resulta conveniente precisar la naturaleza de esta asociación puesto que en nuestro medio la

multiparidad es una condición observada aun con frecuencia, siendo una variable potencialmente modificable por medio de estrategias educativas de planificación familiar; tomando en cuenta la ausencia de estudios similares que valoren esta inquietud en nuestro medio es que nos proponemos realizar la presente investigación con la finalidad de contribuir a mejorar el pronóstico de esta población específica.

1.1 Formulación del problema científico:

¿Es la multiparidad factor de riesgo asociado a retención placentaria en gestantes del Hospital Belén de Trujillo?

1.2 Objetivos

Objetivos generales:

Determinar si la multiparidad es factor de riesgo asociado a retención placentaria en gestantes del Hospital Belén de Trujillo.

Objetivos específicos:

1. Determinar la frecuencia de multiparidad en gestantes con retención placentaria
2. Determinar la frecuencia de multiparidad en gestantes sin retención placentaria
3. Precisar si la multiparidad es factor de riesgo para retención placentaria.

1.3 Hipótesis

Hipótesis alterna (Ha):

La multiparidad es factor de riesgo asociado a retención placentaria en gestantes del Hospital Belén de Trujillo.

Hipótesis nula (Ho):

La multiparidad no es factor de riesgo asociado a retención placentaria en gestantes del Hospital Belén de Trujillo.

II. MATERIAL Y MÉTODOS:

2.1 Población:

Población Universo:

Gestantes atendidas en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo durante el período 2013 – 2016.

Poblaciones de Estudio:

Gestantes atendidas en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo durante el período 2013 – 2016 y que cumplieron con los siguientes criterios de selección:

Criterios de selección:

➤ **Criterios de Inclusión (Casos):**

- Gestantes con retención placentaria.
- Gestantes de 20 a 35 años.
- Gestantes con embarazo único.
- Gestantes en cuyas historias clínicas se puedan precisar las variables en estudio.

➤ **Criterios de Inclusión (Controles):**

- Gestantes sin retención placentaria
- Gestantes de 20 a 35 años.
- Gestantes con embarazo único.
- Gestantes en cuyas historias clínicas se puedan precisar las variables en estudio.

➤ **Criterios de Exclusión**

- Gestantes con control prenatal inadecuado
- Gestantes con eclampsia.
- Gestaciones múltiples.
- Gestantes con antecedente de cesarea.
- Gestantes con obesidad pregestacional.
- Gestantes con pielonefritis gestacional.
- Gestantes con antecedente de aborto.

2.2 Muestra:

Unidad de Análisis

Estuvo constituido por cada gestante atendida en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo durante el período 2013 – 2016 y que cumplió con los siguientes criterios de selección.

Unidad de Muestreo

Estuvo constituido por la historia clínica de cada gestante atendida en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo durante el período 2013 – 2016 y que cumplió con los siguientes criterios de selección.

Tamaño muestral:

Para la determinación del tamaño de muestra se utilizó la fórmula estadística para estudios de casos y controles³⁸:

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 P (1 - P) (r + 1)}{d^2r}$$

Donde:

$$P = \frac{p_2 + r p_1}{1 + r} = \text{promedio ponderado de } p_1 \text{ y } p_2$$

p_1 = Proporción de casos expuestos al factor de riesgo.

p_2 = Proporción de controles expuestos al factor de riesgo.

r = Razón de número de controles por caso

n = Número de casos

d = Valor nulo de las diferencias en proporciones = $p_1 - p_2$

$Z_{\alpha/2} = 1,96$ para $\alpha = 0.05$

$Z_{\beta} = 0,84$ para $\beta = 0.20$

$P_1 = 0.26$ (Ref. 33)

$P_2 = 0.10$ (Ref. 33)

$R: 1$

Owolabi A, et al (Nigeria, 2013); observaron que la frecuencia de multiparidad fue de 26% en el grupo de casos y de solo 10% en el grupo de controles.

Reemplazando los valores, se tiene:

$$n = 68$$

CASOS : (Gestantes con retención placentaria) = 68
pacientes

CONTROLES : (Gestantes sin retención placentaria) = 68
pacientes.

2.3 Diseño de Estudio

Tipo de estudio:

El estudio fue analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles.

2.4 Diseño Específico:

		G1	O ₁
P	NR		
		G2	O ₁

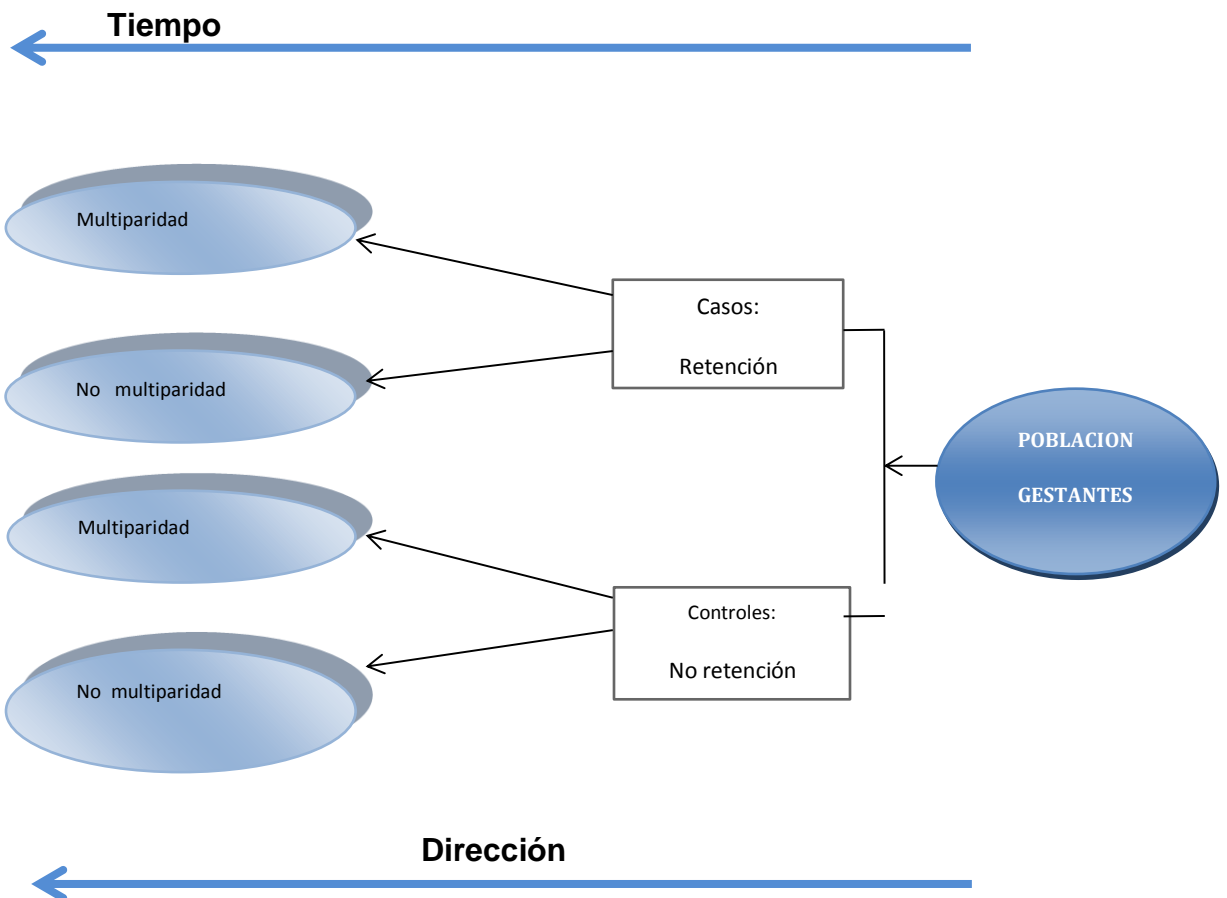
P: Población

NR: No randomización

G1: Pacientes con retención placentaria

G2: Pacientes sin retención placentaria

O₁: Multiparidad



2.5 Variables y escalas de medición:

VARIABLE	TIPO	ESCALA	INDICADORES	INDICES
DEPENDIENTE				
Retención placentaria	Cualitativa	Nominal	Examen físico de la placenta	Si – No
VARIABLE INDEPENDIENTE:				
Multiparidad	Cualitativa	Nominal	Número de partos	Si - No
INTERVINIENTES				
Edad materna	Cuantitativa	Discreta	Documento de identidad	Años
Edad gestacional	Cuantitativa	Discreta	Fecha de ultima regla	Semanas
Procedencia	Cualitativa	Nominal	Ámbito geográfico	Urbano - rural

2.6 Definiciones operacionales:

Retención placentaria: Complicación de la fase de labor de parto correspondiente al alumbramiento en la que se verifica la expulsión incompleta de la placenta y la retención de restos placentarios tras la valoración clínica realizada por el médico ginecólogo obstetra tratante³⁴.

Multiparidad: Corresponde a la condición obstétrica materna por la cual está ya ha presentado 2 o más partos sin incluir la gestación actual³⁵.

2.6 Procedimientos:

Ingresaron al estudio las gestantes atendidas en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo durante el período 2013 – 2016 y que cumplieron con los siguientes criterios de selección; se solicitó la autorización en el departamento académico correspondiente desde donde se obtuvieron los números de historias clínicas para luego proceder a:

1. Realizar la captación de las historias clínicas de las gestantes de cada grupo de estudio, por muestreo aleatorio simple, según los resultados de la valoración clínica de la placenta.
2. Recoger los datos pertinentes correspondientes a los hallazgos registrados en la historia clínica para definir la presencia o

ausencia de multiparidad; las cuales se incorporaran en la hoja de recolección de datos (Anexo 1).

3. Continuar con el llenado de la hoja de recolección de datos hasta completar los tamaños muestrales en ambos grupos de estudio.
4. Recoger la información de todas las hojas de recolección de datos con la finalidad de elaborar la base de datos respectiva para proceder a realizar el análisis respectivo.

2.7 Procesamiento y análisis de la información:

El registro de datos que fueron consignados en las correspondientes hojas de recolección fueron procesados utilizando el paquete estadístico IBM V SPSS 23 los que luego fueron presentados en cuadros de entrada simple y doble, así como en gráficos de relevancia.

Estadística Descriptiva:

Se obtuvieron datos de distribución de frecuencias de las variables cualitativas y medidas de centralización y de dispersión de las variables cuantitativas.

Estadística Analítica

En el análisis estadístico se hizo uso de la prueba Chi Cuadrado (X^2) para variables cualitativas; las asociaciones fueron consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse fue menor al 5% ($p < 0.05$).

Estadígrafo de estudio:

Dado que fue un estudio que evaluó la asociación entre 2 variables a través de un diseño de casos y controles; se obtuvo el odds ratio (OR) que ofreció la multiparidad en relación a la presencia de retención placentaria.

Se realizó el cálculo del intervalo de confianza al 95% del estadígrafo correspondiente.

		RETENCION PLACENTARIA	
		SEVERA	LEVE
MULTIPARIDAD	Si	a	b
	No	c	d

$$\text{Odds ratio: } a \times d / c \times b$$

2.8 Aspectos éticos:

La presente investigación contó con la autorización del comité de Investigación y Ética del Hospital Belén de Trujillo y de la Universidad Particular Antenor Orrego. Debido a que fue un estudio de casos y controles en donde solo se recogieron datos clínicos de las historias de

los pacientes; se tomó en cuenta la declaración de Helsinki II³⁹ (Numerales: 11, 12, 14, 15,22 y 23) y la ley general de salud⁴⁰ (D.S. 017-2006-SA y D.S. 006-2007-SA).

III. RESULTADOS

En la Tabla 1 se observa que el promedio de edad materna y edad gestacional no presentaron diferencias significativas entre las pacientes gestantes de ambos grupos; así mismo entre las frecuencias de procedencia no tuvieron diferencias significativas entre los grupo de estudio.

En la Tabla 2 se expone la frecuencia de multiparidad en gestantes con retención placentaria fue de $18/68= 26\%$.

En la Tabla 3 se registra la frecuencia de multiparidad en gestantes sin retención placentaria fue de $8/68= 13\%$.

En la Tabla 4 se observa que la multiparidad se asocia a retención placentaria a nivel muestral lo que se traduce en un $odds\ ratio >1$; expresa este mismo riesgo a nivel poblacional lo que se traduce en un intervalo de confianza al 95% > 1 y finalmente expresa significancia de estos riesgos al verificar que la influencia del azar es decir el valor de p es inferior al 1%; estas 3 condiciones permiten afirmar que la multiparidad es factor de riesgo para retención placentaria

Tabla N° 01. Características de los pacientes incluidos estudio en el Hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2013-2016:

Características sociodemográficas	Retención placentaria (n=68)	Sin retención placentaria (n=68)	Significancia
Edad materna:			
- Promedio	26.5	27.7	T student: 1.24 p>0.05
- D. estandar	5.1	6.5.	
Edad gestacional :			
- Promedio	38.1	37.7	T student: 1.08 p>0.05
- D. estandar	1.6	1.3	
Número de partos:	2.2	1.3	T student:0.0032
Procedencia:			
- Urbano	61(90%)	64(94%)	Chi cuadrado: 2.14 p>0.05
- Rural	7(10%)	4 (6%)	

FUENTE: HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO–Archivo historias clínicas: 2013-

2016.

Tabla N° 2: Frecuencia de multiparidad en gestantes con retención placentaria en el Hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2013-2016:

Retención placentaria	Multiparidad		Total
	Si	No	
Si	18 (26%)	50 (74%)	68 (100%)

FUENTE: HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO–Archivo historias clínicas: 2013-2016.

Gráfico N° 1: Frecuencia de multiparidad en gestantes con retención placentaria en el Hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2013-2016:

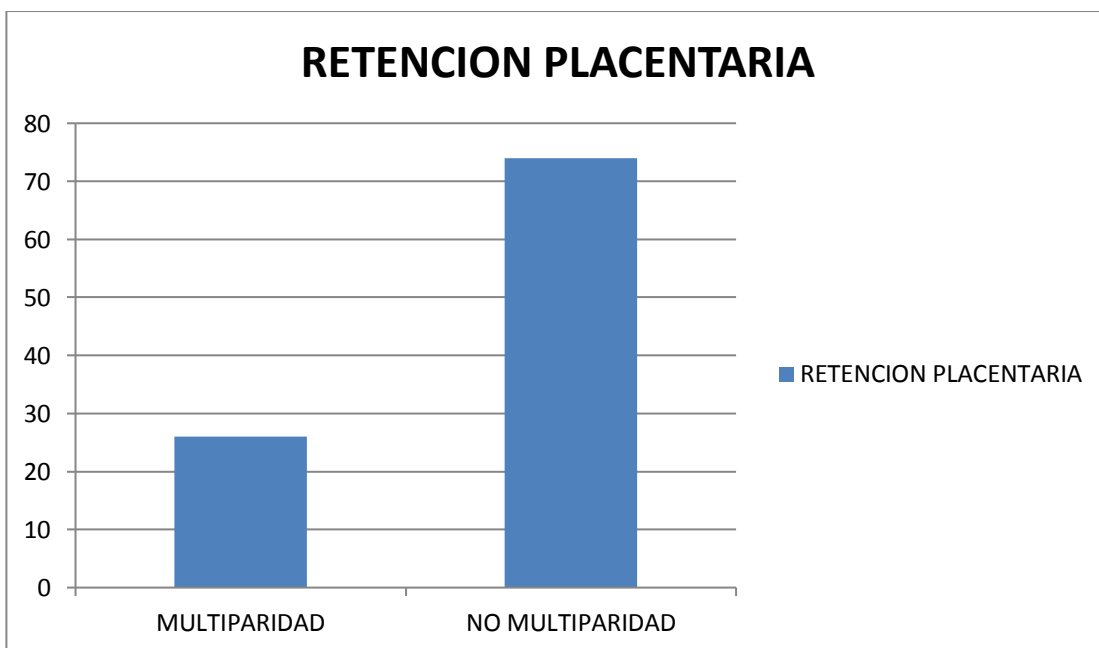


Tabla N° 3: Frecuencia de multiparidad en gestantes sin retención placentaria en el Hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2013-2016:

Retención placentaria	Multiparidad		Total
	Si	No	
No	8 (13%)	60 (87%)	68 (100%)

FUENTE: HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO–Archivo historias clínicas: 2013-2016.

Gráfico N° 2: Frecuencia de multiparidad en gestantes sin retención placentaria en el Hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2013-2016:

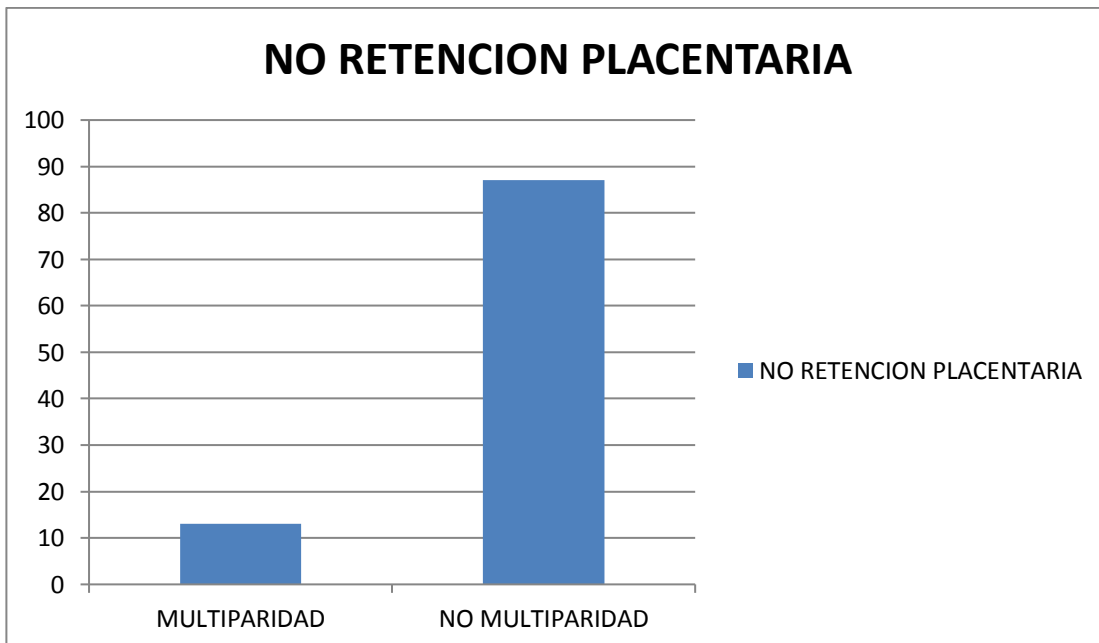


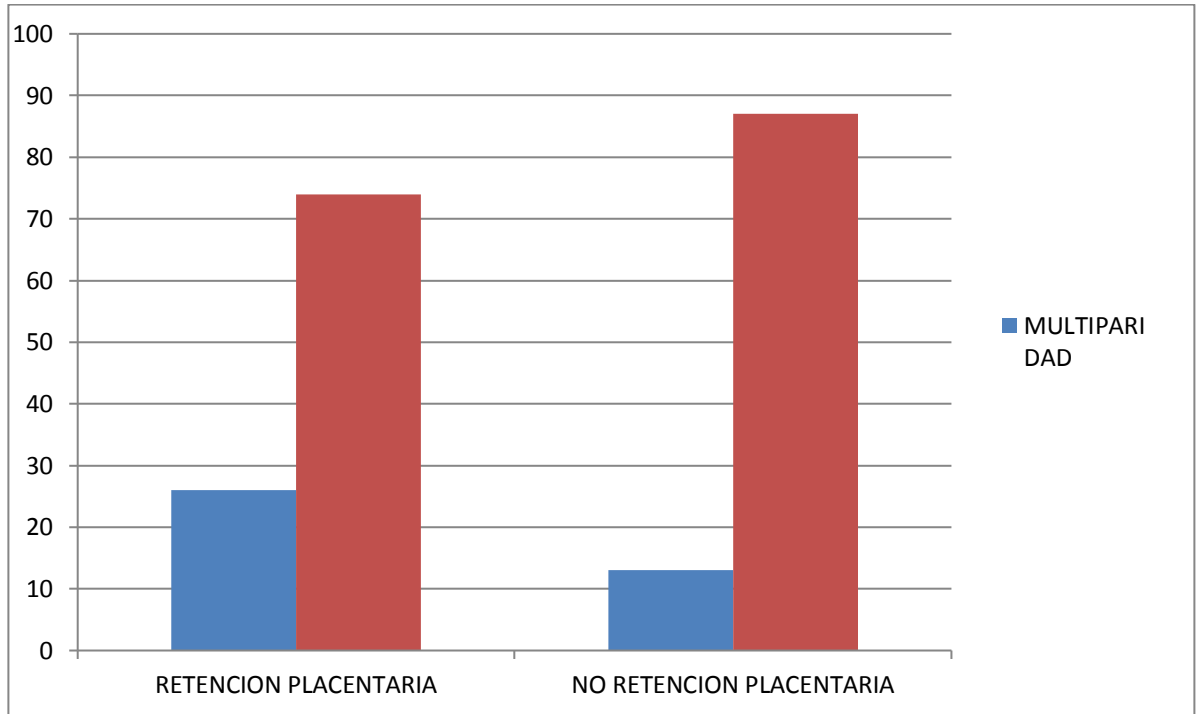
Tabla N° 4: Multiparidad como factor de riesgo para retención placentaria en gestantes del Hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2013-2016:

Multiparidad	Retención placentaria		Total
	Si	No	
Si	18 (26%)	8 (13%)	26
No	50 (74%)	60 (87%)	110
Total	68 (100%)	68 (100%)	136

FUENTE: HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO–Archivo historias clínicas: 2013-2016.

- Chi Cuadrado: 5.2
- $p < 0.05$
- Odds ratio: 2.7
- Intervalo de confianza al 95%: (1.4; 4.3).

Gráfico Nº 3: Multiparidad como factor de riesgo para retención placentaria en gestantes del Hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2013-2016:



La frecuencia de multiparidad en el grupo con retención placentaria fue de 26% mientras que en el grupo sin retención placentaria fue 13%.

IV. DISCUSION

Mujeres con grado de paridad incrementada son propensas a complicaciones tales como obstrucción de labor de parto, segunda etapa del trabajo de parto prolongado, ruptura del útero y prolongación de la tercera etapa del parto y alteraciones placentarias³². El incremento de las anomalías de las implantaciones de placenta en mujeres con paridad incrementada y su relación con la atonía uterina en este grupo de mujeres, constituyen factores que conducen a la placenta retenida. Se ha postulado que los músculos uterinos son reemplazados por tejido fibroso por embarazos repetidos, como resultado se consume una reducción en el poder contráctil del útero que puede conducir a la atonía y finalmente a la retención de restos placentarios³¹.

En la Tabla N° 1 se compara información en relación a algunas características sociodemográficas en el grupo de gestantes incluidas en el estudio; en este sentido se comparan la edad materna, la edad gestacional y la procedencia; y tras el análisis no se reconocen diferencias significativas entre las pacientes con o sin retención placentaria; esta tendencia denota uniformidad en la muestra, lo que representa un contexto apropiado para efectuar comparaciones y minimizar la posibilidad de sesgos. Estos hallazgos son coincidentes con los descritos por Coviello E³⁴, et al en Norteamérica en el 2015; Ashwal E³⁵, et al en Arabia en el 2014 y Owolabi A³³, et al en Nigeria en el 2013; quienes tampoco registran diferencia respecto a edad gestacional y edad materna entre las gestantes con o sin retención placentaria.

En la Tabla N° 2 realizamos la valoración de las frecuencias de multiparidad primero en el grupo con retención placentaria; encontrando que de las 68 gestantes de este grupo, el 26% presentaron esta condición de riesgo. En la Tabla N° 3 por otra parte se verifica la frecuencia de multiparidad en el grupo de gestantes sin retención placentaria, encontrando que en este grupo únicamente una frecuencia de 13% presentó un grado de paridad incrementado.

En relación a los referentes bibliográficos previos podemos mencionar a Belachew J, et al en Norteamérica en el 2014 quienes caracterizaron la influencia del grado de paridad respecto al incremento en el riesgo de retención placentaria, en 258 608 gestantes encontrando que la frecuencia de multiparidad fue significativamente más elevada en el grupo de pacientes con retención placentaria (OR 1.45; IC 95% 1.32-1.59; $p < 0.05$)³⁶.

Cabe mencionar las tendencias descritas por John C, et al en Reino Unido en el 2015 quienes precisaron la influencia de la multiparidad en relación con retención placentaria en un estudio retrospectivo de casos y controles en 15 789 gestantes observando que la frecuencia de multiparidad fue significativamente mayor en el grupo de pacientes con retención placentaria ($p < 0.05$)³⁷.

En la Tabla N° 4 precisamos el grado de asociación que implica la multiparidad para la coexistencia con retención placentaria; el cual se expresa como un odds ratio de 2.7; que al ser expuesto al análisis estadístico con la prueba chi cuadrado verifica su presencia en toda la población al tener gran significancia estadística ($p < 0.01$); lo cual nos

permite concluir que la multiparidad es factor de riesgo para retención placentaria.

Cabe hacer referencia las conclusiones a las que llegó Coviello E, et al en Norteamérica en el 2015 quienes reconocieron la influencia de la multiparidad respecto al riesgo de retención placentaria en 91 291 gestantes; de los cuales 1047 se complicaron con retención placentaria; observando que la multiparidad fue un predictor significativo de retención placentaria (OR 4.56; IC 95%=2.08-9.94)³⁴.

Por otro lado tenemos el estudio de Ashwal E, et al en Arabia en el 2014 quienes verificaron la influencia de la multiparidad en relación con el riesgo de desarrollar retención placentaria, en gestantes en un estudio retrospectivo de casos y controles en 33 925 gestantes se encontró que al tener un menor grado de paridad resultó un factor protector para retención placentaria (OR 0.79, IC 95% 0.68-0.91; $p < 0.05$)³⁵.

Finalmente es de resaltar lo encontrado por Owolabi A, et al en Nigeria en el 2013 quienes verificaron la influencia de la multiparidad en la retención placentaria en un estudio retrospectivo de casos y controles en 6160 pacientes encontrando que la frecuencia de multiparidad fue significativamente mayor en el grupo con retención respecto al grupo sin retención (OR 6.63, IC 95% 1.88-23.40, $p < 0.003$)³³.

V. CONCLUSIONES

- 1.-La frecuencia de multiparidad en gestantes con retención placentaria fue de 26%.
2. -La frecuencia de multiparidad en gestantes sin retención placentaria fue de 13%.
3. -La multiparidad es factor de riesgo para retención placentaria.

VI. SUGERENCIAS

- 1.** A fin de corroborar la asociación descrita en nuestro estudio es pertinente emprender nuevas investigaciones multicéntricas, con mayor muestra poblacional y prospectivas, para documentar de manera más significativa la interacción entre multiparidad y retención placentaria.
- 2.** Sería conveniente identificar la influencia de la multiparidad en relación a otros desenlaces correspondientes a aspectos de morbilidad obstétrica tanto a corto, mediano y largo plazo.
- 3.** Nuevas investigaciones dirigidas a reconocer nuevos factores de riesgo relacionados con la aparición de retención placentaria y sus complicaciones, debieran ser llevados a cabo, para mejorar la calidad de vida de las gestantes en nuestro medio sanitario.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1.-Tantbirojn P, Crum CP, Parast MM. Pathophysiology of placenta creta: the role of decidua and extravillous trophoblast. *Placenta*. 2013;29:639–45.

2.-Tikkanen M, Paavonen J, Loukovaara M, Stefanovic V. Antenatal diagnosis of placenta accreta leads to reduced blood loss. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2014;90:1140 – 6.

3.-Warshak C, Ramos G, Eskander R, Benirschke K, Saenz C, Kelly T, et al. Effect of predelivery diagnosis in 99 consecutive cases of placenta accreta. *Obstet Gynecol*. 2013;115:65 – 9.

4.-Seet E, Kay H, Wu S, Terplan M. Placenta accreta: depth of invasion and neonatal outcomes. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2013;25:2042 – 5.

5.-Abehsera D, Gonzalez C, López S, Sancha N, Magdaleno F. Placenta percreta. Experiencia de 20 años en el Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. *Rev Chile Obstet Ginecol* 2013; 76:127-131.

6.-Onwuemene O, Green D, Keith L. Postpartum hemorrhage management in 2012: predicting the future. *Int J Gynecol Obstet*. 2013;119:3–5.

7.-Guzmán E, Gaviño G, Valero O, Deschamps H, et al. Embarazo gemelar con mola completa y feto coexistente posterior a fertilización *in*

vitro y transferencia de embriones complicado con placenta previa acreta. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex 2013;77:151-155.

8.-Dueñas O, Rico H, Rodríguez B. Actualidades en el diagnóstico y manejo del acretismo placentario. Rev Chil Obstet Ginecol 2013; 72:266-271.

9.-Vera E, Lattus J, Bermúdez H, Espinoza L. Placenta percreta con invasión vesical: reporte de 2 casos. Rev Chil Obstet Ginecol 2013; 70:404-410.

10.-Sabatini S, Reyna V, Santos J, Torres C, Peña E. Placenta percreta asociada a hemoperitoneo posparto. Reporte de caso. Clin Invest Gin Obst 2014; 36:153-155.

11.-Medina J, Hernández A. Placenta previa acreta: un problema singular. Comunicación de dos casos y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex 2013; 74:599-604.

12.-Belfort M. Indicated preterm birth for placenta accreta. Semin Perinatol. 2013;35:252 – 6.

13.-Dreux S, Salomon LJ, Muller F, Goffinet F, Oury JF, Aba Study Group, et al. Second-trimester maternal serum markers and placenta accreta. Prenat Diagn. 2014; 32:1010 – 2.

14.-Sentilhes L, Kayem G, Ambroselli C. Fertility and pregnancy outcomes following conservative treatment for placenta accreta. Hum Reprod. 2013;25(11):2803-10.

15.-Balayla J, Bondarenko H. Placenta accreta and the risk of adverse maternal and neonatal outcomes. *Journal of perinatal medicine*. 2013; 4 (2): 2-9.

16.-Eshkoli T, Weintraub A, Sergienko R. Placenta accreta: risk factors, perinatal outcomes, and consequences for subsequent births. *Am J Obstet Gynecol*. 2013;208(3):1-7.

17.-Vinograd A , Wainstock T , Mazor M. A prior placenta accreta is an independent risk factor for post-partum hemorrhage in subsequent gestations. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 187 (2015) 20–24.

18.-Kabiri D, Hants Y, Shanwetter N. Outcomes of subsequent pregnancies after conservative treatment for placenta accreta. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014;127(2):206-10.

19.-Aguilar O, Rivero C, Conrado J, Sánchez M, Bolio A. Rotura uterina por acretismo placentario. *Ginecol y Obstet Mex* 2012; 78:250-253..-Eller A, Porter T, Soisson P, Silver R. Optimal management strategies for placenta accreta. *Br J Obstet Gynaecol*. 2013;116:648 – 54.

20.-Farooq A, Rauf S, Hassan U. Impact of multiparity on iron content in multiparous women. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2014; 23(2): 12-19.

21.-Ansari T, Ali L, Aziz T, Ara J, Liaquat N, Tahir H. Nutritional iron deficiency in women of child bearing age-What to do? *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2013; 21(3):17–20.

22.-Al Rowaily M, Abolfotouh M. Predictors of gestational diabetes mellitus in a high parity community in Saudi Arabia. EMHJ 2014; 16(6).

23.-Opara E, Zaidi J. The interpretation and clinical application of the word 'parity': a survey. BJOG 2013; 114(10):1295-7.

24.-Simonsen S, Lyon J, Alder S, Varner M. Effect of grand multiparity on intrapartum and newborn complications in young women. Obstet Gynecol 2014; 106(3):454-60.

25.-Severinski N, Mamula O, Severinski S, Mamula M. Maternal and fetal outcomes in grand multiparous women. Int J Gynaecol Obstet 2013;107(1):63-4.

26.-Yasmeen L, Rasheed, T. & Syed, S. Is Grandmultiparity Still a Risk Factor for Obstetric Complications? Annals of Pakistan Institute of Medical Sciences 2014; 6(1): 58-61.

27.-Chan B, Lao T. Effect of parity and advanced maternal age on obstetric outcome. Int J Gynaecol Obstet. 2014; 102(3):237-41.

28.-Yasir R. Grandmultiparity-Still an obstetric risk for developing country. Channel. 2014; 16(2): 264-267.

29.-Bondagji N. The Perinatal and Neonatal Outcome in Grand-Grand Multiparous Women, A Comparative Case Control Study. Bahrain Medical Bulletin 2014; 27(4): 1-5.

30.-- Jacquemyn Y, Senten L, Vellinga S, Vermeulen K, Martens G. Does practice make perfect? An age-matched study on grand multiparity in Flanders, Belgium J. Perinat Med 2014;34:28-31.

31.-Susacasa S. Análisis de factores sociodemográficos como determinantes de la multiparidad extrema y su relación con la morbimortalidad materna. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2014;33(3).

32.-Simonsen S, Lyon J, Alder S, VARNER m. Effect of grand multiparity on intrapartum and newborn complications in young women. Obstet Gynecol. 2005 Sep; 106 (3):545-60.

33.-Owolabi A, Dare F, Fasubaa O. Risk factors for retained placenta in southwestern Nigeria. Singapore Med J. 2013;49(7):532-7.

34.-Coviello E. Risk Factors for Retained Placenta. DOI: 2015.07.039.

35.-Ashwal E, Melamed N, Hirsch L. The incidence and risk factors for retained placenta after vaginal delivery - a single center experience. J Matern Fetal Neonatal Med. 2014;27(18):1897-900.

36.-Belachew J, Cnattingius S, Mulic A. Risk of retained placenta in women previously delivered by caesarean section: a population-based cohort study. BJOG. 2014;121(2):224-9.

37.-John C, Orazulike N, Alegbeleye J. AN APPRAISAL OF RETAINED PLACENTA AT THE UNIVERSITY OF PORT HARCOURT TEACHING HOSPITAL: A FIVE-YEAR REVIEW. Niger J Med. 2015;24(2):99-102.

38.-Kleinbaun. D. Statistics in the health sciences : Survival analysis. New York: Springer – Verlag publishers; 2012 p. 78.

39.-Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 2011.

40.-Ley general de salud. N° 26842. Concordancias: D.S.N° 007-98-SA. Perú :20 de julio de 2012.

ANEXOS

Multiparidad como factor de riesgo asociado a retención placentaria en gestantes del Hospital Belén de Trujillo.

ANEXO N° 01

PROTOCOLO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha..... N°.....

I. DATOS GENERALES:

1.1. Número de historia clínica: _____

1.2. Edad: _____ años

1.3. Edad gestacional: _____

1.4. Procedencia: _____

II. DATOS DE LA VARIABLE DEPENDIENTE:

Retención placentaria: Si () No ()

III. DATOS DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE:

Multiparidad: Si () No ()

Número de partos: _____