

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A RETENCIÓN DE RESTOS
PLACENTARIOS EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL DE APOYO HUARI
ANCASH, 2019 - 2022**

TESIS

Presentada por:

Lic. Obst. Rosalia Primitiva Gamboa Caqui

Lic. Obst. Adelaida Naida Bautista Requez

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en
Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas

TACNA – PERÚ

2025

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A RETENCIÓN DE RESTOS
PLACENTARIOS EN PUÉRPERAS ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL DE APOYO HUARI
ANCASH, 2019-2022

TESIS

Presentada por:

Lic. Obst. Rosalia Primitiva Gamboa Caqui
Lic. Obst. Adelaida Naida Bautista Requez

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en:
Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas

Aprobadas por **unanimidad** ante el siguiente jurado:

Dra. Nery Rafael Bernabé
Presidenta

Dra. Karen Meddellit Mendoza Gutierrez
Secretaria

Dra. Soledad Carmen Sotelo Gonzales
Vocal

Dra. Soledad Carmen Sotelo Gonzales
Asesora



CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, **Dra. Soledad Carmen Sotelo Gonzales**, en mi condición de asesora acreditada con Resolución de Facultad N° 099-2024-SEP/FACS-UNJBG del 10 de julio de 2024, de la Tesis titulado: **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO HUARI ANCASH, 2019-2022**, presentado por la Lic. Obst. Rosalia Primitiva Gamboa Caqui y la Lic. Obst. Adelaida Naida Bautista Requez. Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas.

Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y similitud de trabajos de investigación y producción intelectual de la UNJBG; considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual TURNITIN, cuenta con el nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es **9 %**. Por lo que CERTIFICO LA SIMILARIDAD de la tesis enunciado líneas arriba, la cual está expedita para continuar con los trámites para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas, según corresponda para su publicación en el Repositorio Institucional.

Tacna, 15 de julio de 2025.

FIRMA ASESORA
Nombres y Apellidos: Soledad Carmen Sotelo Gonzales
DNI: 22093767



Huella dactilar

FIRMA AUTORA
Nombres y Apellidos: Rosalia Primitiva Gamboa Caqui



Huella dactilar

FIRMA AUTORA
Nombres y Apellidos: Adelaida Naida Bautista Requez



Huella dactilar

DEDICATORIA

A Dios, por darme la fortaleza y sabiduría necesaria para recorrer este camino y permitirme crecer tanto personal como profesionalmente. A ti, mi amado esposo, por ser mi compañero incondicional, por tu paciencia infinita, tu apoyo inquebrantable y por creer en mí incluso cuando yo misma dudaba; gracias por ser mi inspiración y mi mayor fortaleza.

Adelaida

A mi familia, por su amor incondicional, su apoyo en cada paso y por ser mi mayor inspiración. A mis padres, quienes con su esfuerzo y sacrificio me enseñaron el valor del conocimiento y la dedicación

Rosalía

AGRADECIMIENTO

A lo largo de este camino de formación académica, han sido muchas las personas que han contribuido para hacer posible la realización de la tesis, por lo que deseamos expresar nuestro más profundo agradecimiento.

En primer lugar, agradecemos a Dios por darnos la fortaleza y la perseverancia para afrontar cada desafío.

A nuestros padres y familiares, quienes han sido nuestro pilar fundamental, brindándonos apoyo incondicional, motivación y amor en cada etapa de este proceso. Sin su confianza y sacrificio, este logro no habría sido posible.

A nuestros profesores y tutores, especialmente a la Dra. Soledad Carmen Sotelo Gonzales, por su guía, paciencia y valiosos consejos que enriquecieron esta investigación. Su compromiso y dedicación han sido una fuente de inspiración para nosotras.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE.....	vi
INDICE DE TABLAS.....	viii
RESUMEN.....	x
ABSTRACT.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1. Descripción del problema.....	3
1.2. Formulación del problema.....	6
1.3. Justificación de la investigación.....	6
1.4. Alcances y limitaciones de la investigación.....	7
1.5. Objetivos.....	8
1.5.1. Objetivo general.....	8
1.5.2. Objetivos específicos.....	8
1.6. Hipótesis.....	9
1.6.1. Hipótesis alterna.....	9
1.6.2. Hipótesis nula.....	9
CAPÍTULO II.....	10
MARCO TEÓRICO.....	10
2.1. Antecedentes del problema.....	10

2.1.1. Antecedentes internacionales.....	10
2.1.2. Antecedentes nacionales.....	14
2.1.3. Antecedentes regionales	15
2.2. Bases teóricas.....	16
2.3. Definición de términos	30
CAPÍTULO III	31
MARCO METODOLÓGICO.....	31
3.1 Tipo de investigación	31
3.2 Diseño de la investigación.....	31
3.3 Población y muestra de estudio.....	32
3.3.1. Tamaño y muestra de estudio.....	32
3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión.....	32
3.4. Operacionalización de variables.....	34
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	36
3.6. Procesamiento y análisis de datos.....	36
CAPÍTULO IV.....	38
RESULTADOS.....	38
CAPÍTULO V.....	51
DISCUSIÓN	51
CONCLUSIONES.....	55
RECOMENDACIONES.....	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
ANEXOS	61

INDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Asociación entre edad y retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo Huari Ancash, periodo 2019-2022.	38
Tabla 2	Asociación entre estado civil y retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo Huari Ancash, periodo 2019-2022.	39
Tabla 3	Asociación entre nivel educativo y retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo Huari Ancash, periodo 2019-2022.	40
Tabla 4	Asociación entre ocupación y retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo Huari Ancash, periodo 2019-2022.	41
Tabla 5	Asociación entre lugar de procedencia y retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo Huari Ancash, periodo 2019-2022	42
Tabla 6	Asociación entre periodo intergenésico y retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo Huari Ancash, periodo 2019-2022	43
Tabla 7	Asociación entre tipo de parto y retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo Huari Ancash, periodo 2019-2022	44

Tabla 8	Asociación entre paridad y retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo Huari Ancash, periodo 2019-2022	45
Tabla 9	Asociación entre antecedente de patología en la primera mitad del embarazo y retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo Huari Ancash, durante el periodo 2019-2022.	46
Tabla 10	Asociación entre antecedente de patología en la segunda mitad del embarazo y retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo Huari Ancash, periodo 2019-2022.	47
Tabla 11	Asociación entre antecedente de otras patologías y retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo Huari Ancash, periodo 2019-2022	48
Tabla 12	Asociación entre tipo de alumbramiento y retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo Huari Ancash, periodo 2019-2022.	49
Tabla 13	Asociación entre presentación de la placenta y retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo Huari Ancash, periodo 2019-2022	50

RESUMEN

Objetivo: Describir los factores de riesgo que están asociados a la retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo Huari Ancash, durante el periodo 2019-2022. **Metodología:** La investigación fue de tipo aplicada de enfoque cuantitativo, con diseño no experimental transversal retrospectivo, de casos y controles; la muestra estuvo constituida 98 historias clínicas para los casos y 98 historias clínicas para los controles. **Resultados:** Los factores de riesgo sociodemográficos asociados a retención de restos placentarios fueron la edad 60,2% ($p=0,010$), (OR: 2,105 [1,189-3,71]); lugar de procedencia 92,9% ($p=0,012$), (OR: 3,127 [1,249-7,826]). Los factores de riesgo gineco-obstétricos fueron el periodo intergenésico 95,9% ($p=0,001$) (OR: 141,000 [44,668-445,083]); la paridad múltipara 84,7% ($p=0,011$), (OR: 2,439 [1,215-4,901]); antecedente de patología en la primera mitad de embarazo 90,8% ($p=0,001$), (OR: 14,960 [1,215-4,901]); antecedente de patología de la segunda mitad del embarazo 69,4% ($p=0,001$), (OR: 53,267 [17,928-158,260]); antecedente de otras patologías 70,4% ($p=0,001$), (OR: 75,345 [22,057-257,370]); el tipo de alumbramiento espontáneo 6,1% ($p=0,013$), (OR: 2,065 [1,783-2,392]); tipo de presentación de la placenta Duncan 10,2% ($p=0,005$), (OR: 10,98 [1,383-90,909]). **Conclusiones:** Los factores sociodemográficos edad materna avanzada y la procedencia rural están significativamente relacionadas con la retención de restos placentarios; en cuanto a los factores gineco-obstétricos, el periodo intergenésico inadecuado, la multiparidad, antecedentes de patologías en el embarazo y ciertas condiciones placentarias aumentan el riesgo de retención de restos placentarios.

Palabras clave: Factores sociodemográficos, restos placentarios, puérperas, hospital.

ABSTRACT

Objective: To describe the risk factors associated with retained placental remains in postpartum women treated at the Huari Ancash Support Hospital, during the period 2019-2022. **Methodology:** The research was of an applied type with a quantitative approach, with a non-experimental retrospective cross-sectional case-control design; the sample consisted of 98 medical records for cases and 98 medical records for controls. **Results:** The sociodemographic risk factors associated with retained placental remains were age 60.2% ($p = 0.010$), (OR: 2.105 [1.189-3.71]); place of origin 92.9% ($p = 0.012$), (OR: 3.127 [1.249-7.826]). Gynecological and obstetric risk factors were interpregnancy period 95.9% ($p=0.001$) (OR: 141.000 [44.668-445.083]); multiparous parity 84.7% ($p=0.011$) (OR: 2.439 [1.215-4.901]); history of pathology in the first half of pregnancy 90.8% ($p=0.001$) (OR: 14.960 [1.215-4.901]); history of pathology in the second half of pregnancy 69.4% ($p=0.001$) (OR: 53.267 [17.928-158.260]); history of other pathologies 70.4% ($p=0.001$), (OR: 75.345 [22.057-257.370]); spontaneous delivery type 6.1% ($p=0.013$), (OR: 2.065 [1.783-2.392]); Duncan type of placenta presentation 10.2% ($p=0.005$), (OR: 10.98 [1.383-90.909]). **Conclusions:** Sociodemographic factors such as advanced maternal age and rural origin are significantly associated with retained placental remains; Gynecological and obstetric factors include inadequate interpregnancy interval, multiparity, a history of pregnancy-related pathologies, and certain placental conditions increase the risk of retained placental remains.

Keywords: Sociodemographic factors, placental debris, postpartum women, hospital.

INTRODUCCIÓN

Las membranas fetales y la placenta desempeñan un papel fundamental durante la vida intrauterina, al constituir el principal medio de intercambio entre la madre y el feto. A través de estas estructuras, el feto recibe los nutrientes necesarios para su desarrollo somático, así como el oxígeno indispensable para su metabolismo, mientras que el dióxido de carbono y otros desechos metabólicos son eliminados por la misma vía. La formación de la placenta y las membranas fetales se inicia en las primeras etapas del desarrollo embrionario, y su crecimiento es continuo y proporcional al avance de la gestación, lo que permite satisfacer adecuadamente las demandas del feto en crecimiento constante (1).

La retención de placenta y membranas ovulares se define como la permanencia de productos del embarazo (como vellosidades coriales o restos placentarios) dentro de la cavidad uterina tras un evento obstétrico (2). Esta condición representa una complicación significativa del puerperio inmediato, ya que interfiere con la contracción uterina adecuada y puede desencadenar hemorragia postparto, constituyendo un riesgo importante para la salud materna (3).

La principal causa de retención placentaria está asociada, en un alto porcentaje de casos, a procesos inflamatorios que afectan las estructuras cotiledonares y placentarias. Entre los factores contribuyentes se incluyen la inflamación del tejido placentario, patologías uterinas que inducen inercia uterina y fallas en la contractilidad del miometrio. Asimismo, la tumefacción

de los cotiledones y la organización del exudado inflamatorio constituyen elementos clave en la patogénesis de esta condición, ya que inmovilizan las vellosidades coriales en las criptas cotiledonares, dificultando su expulsión. Además, la retención placentaria se ha relacionado con múltiples factores de riesgo obstétrico, como la multiparidad, la inducción del trabajo de parto, preeclampsia, uso previo de dispositivos intrauterinos, trabajo de parto pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), así como la extracción precipitada de la placenta (4,5).

También se han identificado otros factores asociados como la edad materna menor de 18 años, la gran multiparidad, ruptura prematura de membranas (RPM), antecedentes de abortos recurrentes y la ocurrencia espontánea del tercer periodo del trabajo de parto. Esta condición puede presentarse tras un parto vaginal o cesárea (con una incidencia estimada entre el 3 % y 6 %), en abortos espontáneos, abortos inducidos o en interrupciones ilegales del embarazo (3,5).

Por consiguiente, el contenido del presente trabajo se organiza en capítulos. El **capítulo I** aborda la descripción y formulación del problema, así como los objetivos, la justificación y la hipótesis de la investigación. El **capítulo II** desarrolla los antecedentes del estudio y las bases teóricas que sustentan el marco conceptual. En el **capítulo III** se describe la metodología empleada para la recolección y análisis de datos. El **capítulo IV** presenta los resultados obtenidos, **capítulo V** la discusión, y finalmente, el trabajo concluye con las conclusiones y recomendaciones derivadas del estudio.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

La retención de restos placentarios (RRP) se refiere a la complicación obstétrica que se produce cuando se retiene de manera parcial o total la placenta que se encuentra dentro de la matriz después del parto, lo que impide la contracción uterina y provoca hemorragia postparto (HPP) (6,7), donde es una causa fundamental de morbilidad materna a nivel mundial, en el 2018 la Organización Mundial de la Salud (OMS) (8,9), reportó que la HPP es se da en un 27% de las muertes en las puérperas en el mundo, principalmente en los países socioeconómicos bajos (3, 10). Asimismo, la OMS estima que la RRP afecta al 2,3% de los partos vaginales y al 10,8% de las cesáreas. Sin embargo, la incidencia de la RRP varía entre el 0,5% y el 3% de los partos, dependiendo de los criterios diagnósticos y las características de la población (2).

En la región latinoamericana la RRP también representa un problema que afecta a las mujeres y sus familias. Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (11,12), en el año 2017 la mortalidad América Latina fue de 76 por 100.000 nacidos vivos, siendo la hemorragia una causa directa de muerte (24,2%). En el Perú, la situación no es muy diferente, pues la tasa de muerte de la parturienta fue de 68 por cada 100.000 nacidos vivos en el 2019, y la hemorragia fue la causa de fallecimiento en el 25,6% de los casos informados por el Ministerio de Salud (MINSA) (13,14). Además, el MINSA (10) reportó un 9,8% de muertes maternas por RRP. Dentro de las regiones del Perú, Áncash presenta una

de las tasas más altas de muerte materna (111 por cada 100.000 nacidos vivos) y de hemorragia como causa de muerte (40,9%) (15).

Entre los factores de riesgo que se relacionan a la RRP se encuentran la edad, la paridad, abortos previos, el parto pretérmino, el parto prolongado, cesáreas previas, el corto tiempo de un embarazo a otro, el alumbramiento dirigido y el alumbramiento prolongado (5, 16). Sin embargo, estos factores pueden variar según el contexto y la metodología de los estudios (17), por lo que se requiere una mayor investigación al respecto. Asimismo, se necesita evaluar el impacto de la RRP en la salud de la madre y su hijo(a), así como en los costos y la gestión de los centros de salud.

La retención de restos de la placenta es una afección obstétrica que puede tener consecuencias significativas para la salud materna. Esta condición, que puede manifestarse tanto en el puerperio inmediato como en el tardío, es responsable de una serie de síntomas preocupantes, incluyendo loquios fétidos, dolor abdominal, fiebre, y subinvolución uterina, son cruciales el identificar factores y tratarlos oportunamente, ya que el diagnóstico temprano y preciso, basado en la exploración física, ultrasonido pélvico y análisis de laboratorio, permite implementar un tratamiento efectivo. Las opciones de tratamiento varían según la severidad del caso e incluyen procedimientos como el legrado uterino, la aspiración manual endouterina y, en situaciones más graves, la histerectomía. Además, el uso de antibióticos y agentes oxitócicos puede ser necesario para manejar las complicaciones asociadas (18,19).

Los factores que se asocian a esta complicación son aquellos que interfieren con el desprendimiento de la placenta después del parto, lo que puede provocar hemorragia, infección y otras complicaciones. Algunos de estos factores son: la edad materna, la paridad, abortos previos o legrado

uterino, el RPM, el parto pretérmino, el alumbramiento dirigido, la cesárea previa, antecedente de placenta previa, los acretismos placentarios, infecciones del tracto genitourinario y la anemia materna, considerando los aspectos sociodemográficos y obstétricos en la evaluación de riesgos para esta complicación (11,12, 20).

Asimismo, el lugar donde se realizó la investigación es el Hospital de Apoyo Huari, ubicado en la provincia de Huari, departamento de Ancash. Este establecimiento de salud brinda atención a una población de aproximadamente 60 mil habitantes según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en su mayoría de origen rural y quechua hablante. El hospital cuenta con servicios de medicina general, pediatría, ginecología, obstetricia, cirugía, laboratorio, farmacia, entre otros. Sin embargo, presenta limitaciones en cuanto a la infraestructura, el equipamiento, el personal y los insumos, lo que hace difícil la atención de calidad. Entre las patologías más comunes que se presentan en el hospital se encuentran las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas agudas, la anemia, la desnutrición, la tuberculosis, el Virus de Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA), la violencia familiar y sexual, y las complicaciones obstétricas. Así mismo, se ha encontrado reportes estadísticos en el Hospital que nos mencionan que las puérperas con diagnóstico de retención de restos se da en el 1 al 3% de los casos de mujeres con parto vaginal, por otro lado, este mismo diagnostico se eleva a un 27% de los casos en mujeres con operación cesárea (10,21).

Por tanto, el problema que se percibe en el servicio de Obstetricia del Hospital de apoyo Huari Ancash es que la RRP es una complicación que afecta a un número significativo de puérperas que acuden al hospital, y que puede tener consecuencias graves para su salud. A su vez, existen factores de riesgo que podrían favorecer la ocurrencia de la RRP, pero que

no han sido identificados ni estudiados en el contexto local. Por ello, se hace necesario investigar este problema para generar evidencia que permita realizar prevenciones, diagnósticos y tratamientos de manera adecuada en la RRP en las puérperas.

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son los factores de riesgo que están asociados a la retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo Huari Ancash, durante el periodo 2019-2022?

1.3. Justificación de la investigación

La investigación se fundamentó en cuatro perspectivas; en primer lugar, desde el enfoque teórico, pretendió enriquecer el conocimiento científico acerca de la retención de restos placentarios, fenómeno que sucede cuando la placenta o una parte de ella no es expulsada completamente tras el parto, lo que puede causar hemorragia, infección, su involución uterina y otras consecuencias graves para la salud materna. Sin embargo, existe poca evidencia científica sobre los factores relacionados para la población peruana y para el contexto del Hospital de apoyo Huari Ancash. Por lo tanto, se hizo necesario realizar un estudio que aporte nuevos datos y hallazgos sobre esta problemática, que permitan comprender mejor sus causas, su incidencia y su variabilidad según las características sociodemográficas, obstétricas y placentarias de las mujeres afectadas.

Desde un enfoque de justificación práctico, el estudio pretendió proporcionar información relevante para diseñar medidas de prevención, como diagnosticar y tratar la retención de restos, que contribuyan a mejorar la atención obstétrica y a reducir la morbi-mortalidad materna, de esta

manera los resultados sirvan para la toma de decisiones y implementación de políticas en favor de la salud de las parturientas.

Desde una perspectiva de justificación metodológica, el estudio se basó en un diseño cuantitativo, de casos y controles, que permitió medir y analizar las variables de interés mediante técnicas estadísticas apropiadas. La recolección de datos se realizó mediante una ficha diseñada para incluir las variables del estudio, la cual permitió obtener datos de una muestra de historias clínicas de puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo Huari, Áncash, durante el periodo 2019-2022, lo cual hizo posible identificar asociaciones relevantes entre distintos factores de riesgo y la retención de restos placentarios, que permitirá orientar la implementación de estrategias preventivas en la atención clínica.

Desde el enfoque social, este estudio se respalda en el beneficio potencial que puede aportar tanto a las gestantes y puérperas como al personal de salud, al ofrecer información valiosa para fortalecer las acciones de prevención y atención materna; la retención de restos placentarios representa una complicación que deteriora la calidad de vida de las mujeres afectadas, impactando también en la salud y bienestar de sus hijos y familias; asimismo, esta condición implica un aumento en los costos para el sistema de salud, por ello resulta pertinente los resultados de esta investigación que permitió identificar a las mujeres con mayor riesgo de padecer esta complicación y fomentar la implementación de estrategias preventivas y terapéuticas oportunas.

1.4. Alcances y limitaciones de la investigación

El presente estudio presentó algunas limitaciones inherentes a su diseño retrospectivo. Debido a la naturaleza del análisis basado en la revisión de historias clínicas, no fue posible acceder de manera completa a todos los datos requeridos en algunas historias, lo que implicó una limitación en la disponibilidad y calidad de la información. Para mitigar esta

situación, se recurrió a la consulta de los libros de sala de partos como fuente complementaria; sin embargo, esta estrategia pudo haber introducido variabilidad en la precisión y consistencia de los datos recopilados, dado que estos registros pueden presentar diferencias en su formato y nivel de detalle.

Estas circunstancias pueden haber afectado la exhaustividad del análisis de ciertas variables, limitando parcialmente la capacidad para identificar todos los factores de riesgo asociados a la retención de restos placentarios. Por tanto, los resultados deben interpretarse con cautela, reconociendo que la información incompleta y las posibles inconsistencias en los registros pueden influir en la validez interna del estudio.

Se recomienda que futuras investigaciones consideren diseños prospectivos y la implementación de sistemas estandarizados de registro clínico que permitan una recolección de datos más precisa y completa, lo que contribuirá a fortalecer la evidencia sobre los factores de riesgo en esta población.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

Determinar los factores de riesgo asociados a la retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo Huari Ancash, durante el periodo 2019-2022.

1.5.2. Objetivos específicos

- a. Identificar los factores de riesgo sociodemográficos asociados a la retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo Huari Ancash, durante el periodo 2019-2022.

- b. Identificar los factores de riesgo gineco-obstétricos asociados a la retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo Huari Ancash, durante el periodo 2019-2022.

1.6. Hipótesis

1.6.1. Hipótesis alterna

H1: Existen factores de riesgo sociodemográficos y gineco-obstétricos asociados de manera significativa con la retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo Huari, Ancash, durante el periodo 2019-2022

1.6.2. Hipótesis nula

Ho: No existen factores de riesgo sociodemográficos ni gineco-obstétricos asociados de manera significativa con la retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo Huari, Ancash, durante el periodo 2019-2022.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del problema

2.1.1. Antecedentes internacionales

Cohen et al. (16) realizaron un estudio retrospectivo de casos y controles con el objetivo de identificar los factores de riesgo asociados a la retención placentaria en primigestas con partos vaginales únicos, vivos y mayores de 24 semanas, atendidas en un hospital terciario entre 2014 y 2020. De un total de 10 796 mujeres, el 4 % presentó retención placentaria, definida como la necesidad de extracción manual de la placenta o sus fragmentos tras el parto. El análisis multivariable identificó nueve factores de riesgo significativos: desprendimiento prematuro de placenta, trastornos hipertensivos, parto pretérmino, edad materna mayor de 30 años, fiebre intraparto, placentación lateral, administración de oxitocina, diabetes mellitus y sexo femenino del feto. Los autores concluyen que la retención placentaria en el primer embarazo se relaciona con múltiples factores obstétricos, varios de ellos potencialmente vinculados con anomalías en la placentación.

Mwangi et al. (18) realizaron una investigación en el Hospital General Provincial de Thika, en Kenia, con el propósito de identificar los factores asociados a la retención de restos placentarios en mujeres con parto vaginal. El estudio tuvo un enfoque analítico, observacional y utilizó un diseño de casos y controles. La población estuvo conformada por 384 mujeres que tuvieron parto vaginal, de las cuales 96 presentaron retención de restos y 288 no. Los datos se recopilaron a partir de las historias clínicas

y se procesaron mediante estadística descriptiva. Para determinar los factores de riesgo, se calcularon las razones de momios (OR). Los resultados indicaron que los principales factores relacionados con la retención fueron: tener menos de 20 años, la multiparidad, antecedentes de aborto, cesáreas previas y un tiempo de alumbramiento prolongado. En conclusión, el estudio identificó que la edad joven, la multiparidad, los abortos anteriores, las cesáreas previas y un alumbramiento prolongado se asociaron significativamente con la retención de restos placentarios tras el parto vaginal.

Khan et al. (19) realizaron una investigación con el propósito de identificar la frecuencia y los factores relacionados con la retención de restos en un hospital de tercer nivel en Pakistán. El estudio tuvo un enfoque retrospectivo y se llevó a cabo con una muestra conformada por 120 casos y 240 controles, seleccionados mediante un muestreo aleatorio simple. Para la recolección de datos, se utilizó un cuestionario estructurado. Los hallazgos indicaron que la incidencia de esta complicación fue del 0,6%, y se encontraron asociaciones significativas con factores como la edad materna avanzada, la multiparidad, antecedentes de cesárea, parto pretérmino, alumbramiento dirigido y presencia o antecedentes de placenta previa. La investigación concluye que la retención de restos representa una complicación obstétrica seria, que puede prevenirse mediante un adecuado control prenatal y atención durante el parto.

Liu et al. (20) llevaron a cabo un estudio con el fin de analizar los factores asociados a la retención de restos placentarios en pacientes con diagnóstico de placenta acreta. Utilizaron un diseño de casos y controles anidado dentro de una cohorte de 1036 mujeres, de la cual seleccionaron 86 casos y 172 controles. La información se obtuvo a partir de registros médicos electrónicos. Entre los factores identificados como relevantes se

encontraron la edad materna superior a 35 años, un índice de masa corporal mayor a 30 kg/m², antecedentes de legrado uterino, presencia de placenta previa total y el nivel de invasión placentaria. La investigación concluyó que la retención de restos es una complicación común en mujeres con placenta acreta, asociada a características tanto maternas como placentarias, las cuales pueden ser detectadas previamente mediante estudios de imagen como ecografía y resonancia magnética.

Mekonnen et al. (21) realizaron un estudio con el propósito de determinar los factores que contribuyen a la retención de restos placentarios en un hospital ubicado en Etiopía. Emplearon un diseño prospectivo de casos y controles, trabajando con una muestra de 112 casos y 224 controles, seleccionados mediante muestreo sistemático. Para la recopilación de datos se utilizó una entrevista estructurada. Los resultados revelaron que entre los factores asociados a esta complicación se encontraban la anemia materna, el parto prolongado, el alumbramiento en el hogar, el uso de fórceps o ventosa, la extracción manual de la placenta y la administración de oxitocina. Los autores concluyeron que esta condición es una causa significativa de morbilidad y mortalidad materna, y que puede ser evitada si se brinda una atención adecuada durante las etapas finales del parto.

García et al. (22) llevaron a cabo una investigación con la finalidad de identificar los factores asociados a la retención de restos placentarios en un hospital colombiano. El estudio se diseñó bajo un enfoque retrospectivo de casos y controles, utilizando un muestreo aleatorio estratificado. Para recolectar la información, emplearon una ficha de registro. Los resultados evidenciaron que los factores más relevantes fueron la edad materna igual o mayor a 35 años, antecedentes de cesárea, parto pretérmino, alumbramiento dirigido y presencia de placenta previa. Se concluyó que

esta complicación obstétrica requiere atención médica especializada y oportuna, ya que puede derivar en consecuencias graves como hemorragias, infecciones e incluso histerectomía.

Pérez et al. (23) con el propósito de identificar los factores asociados a la retención de restos placentarios en un hospital ubicado en México, realizaron una investigación empleando una metodología retrospectiva de casos y controles, con una muestra obtenida mediante muestreo aleatorio simple. El principal instrumento utilizado para la recolección de datos fue el expediente clínico. Los hallazgos indicaron que los factores vinculados a la retención de restos incluyen: edad materna igual o superior a 40 años, antecedentes de partos múltiples, legrados uterinos previos, presencia de parto distócico, alumbramiento prolongado y placenta previa. Se concluye que la retención de restos placentarios representa una causa común de morbilidad materna, la cual puede prevenirse mediante una adecuada supervisión del alumbramiento y una revisión minuciosa de la placenta.

Montenegro et al. (24) llevaron a cabo un estudio en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro con el objetivo de determinar la prevalencia de la retención placentaria y su vínculo con la morbimortalidad en mujeres atendidas en dicha institución. La investigación se desarrolló bajo un enfoque observacional y retrospectivo. Los resultados evidenciaron una alta frecuencia de casos de retención, especialmente asociados a antecedentes de partos múltiples. En sus conclusiones, los autores resaltan la importancia de valorar estos hallazgos para implementar mejoras en las prácticas de atención del parto, con el propósito de disminuir la ocurrencia de retenciones placentarias y prevenir hemorragias posparto.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Perales (5) llevó a cabo un estudio en la Microred de Salud Puerto Ocopa, con el objetivo de identificar los factores vinculados a la retención de restos placentarios en mujeres durante el puerperio. Se trató de una investigación básica y analítica. Los hallazgos indicaron que entre los factores asociados a esta complicación se encuentran los partos prematuros, la edad materna extrema, embarazos múltiples, antecedentes de legrado uterino y cesárea, intervalos intergenésicos reducidos, así como un alumbramiento prolongado o espontáneo. La investigación concluye que el parto pretérmino se presenta como el principal factor relacionado con la retención de restos placentarios.

Moreyra et al. (16) realizaron un estudio con el objetivo de identificar los factores gineco-obstétricos relacionados con la retención de restos en mujeres en el posparto. Se trató de una investigación de tipo transversal y retrospectiva. Los resultados mostraron una incidencia del 32% en la retención de restos, y se identificaron como factores asociados los antecedentes de abortos, la presencia de cesáreas previas y un alumbramiento con duración prolongada.

Ramírez et al. (25) realizaron un estudio con el objetivo de analizar los factores asociados a la retención de restos placentarios en mujeres que dieron a luz en el Hospital Regional de Ayacucho. Para ello, emplearon una metodología descriptiva. Los resultados revelaron que los factores relacionados con la retención incluyen una edad materna baja, partos múltiples, ruptura prematura de membranas (RPM), parto prematuro, antecedentes de abortos y alumbramiento espontáneo. Los autores concluyen que estos hallazgos pueden servir como base para establecer medidas preventivas que ayuden a reducir las tasas de morbilidad y mortalidad materna.

Villazana (26) en su investigación, tuvo como objetivo analizar las características de la retención de restos placentarios en mujeres puérperas atendidas en el Centro de Salud de Chilca. El estudio fue de tipo descriptivo y sus resultados revelaron que, entre las características antes del parto, se encontraron los partos múltiples y los abortos previos. En cuanto a las características postparto, se observó que la expulsión de la placenta se dio por la modalidad de Duncan, con un tiempo de expulsión de menos de 15 minutos y un alumbramiento dirigido. La conclusión del estudio indicó que los factores relacionados con la retención de restos placentarios fueron los partos múltiples, la ruptura prematura de membranas (RPM), los abortos previos, el parto vaginal y la modalidad de expulsión de la placenta tipo Duncan.

Gálvez (27) llevó a cabo un estudio sobre los factores gineco-obstétricos relacionados con la retención de restos placentarios en mujeres puérperas del Hospital de Pampas. El objetivo de la investigación fue identificar los factores vinculados a la retención de restos en este grupo de mujeres. Utilizó un diseño analítico de casos y controles. Los resultados mostraron que los factores asociados a la retención de restos incluyeron ser primeriza en el parto, un alumbramiento dirigido que superó los 10 minutos, abortos previos y legrados uterinos. Se concluyó que factores como la edad, la expulsión de la placenta mediante la modalidad de Duncan y la cesárea previa no estaban relacionados con la retención de restos placentarios.

2.1.3. Antecedentes regionales

Blas et al. (28) realizaron un estudio con el objetivo de identificar los factores de riesgo relacionados con la retención de restos placentarios. La investigación fue retrospectiva y los resultados mostraron que los factores asociados con la retención de restos incluyen ser menor de 19 años o

mayor de 34 años, haber tenido una cesárea previa y ser primípara. Se concluyó que los factores determinantes para la retención de restos placentarios fueron, en el ámbito sociodemográfico, la edad materna, y en el ámbito obstétrico, el primer parto y la cesárea previa.

2.2. Bases teóricas

A continuación, exploraremos las bases teóricas que sustentan la importancia de cada factor, proporcionando así una sólida plataforma para nuestra investigación.

2.2.1 Retención de restos placentarios

- **Definición**

Es una complicación durante el alumbramiento que ocurre cuando una parte o la totalidad de la placenta permanecen en el útero tras el parto o un aborto. La RRP puede causar hemorragia, infección, infertilidad y otras secuelas (3).

- **Clasificación**

La RRP se puede clasificar según el grado, la localización y las complicaciones que produce. El grado de RRP se refiere a la cantidad de placenta que queda en el útero, y se puede dividir en retención total (cuando no se expulsa nada de la placenta), retención parcial (cuando una parte de la placenta se retiene) y membranas retenidas (referida a que quedan restos de las membranas ovulares). La localización de la RRP se refiere al lugar donde se encuentra la placenta en el útero, y se puede distinguir entre retención intracavitaria (cuando la placenta está dentro de la cavidad uterina), retención intramiometrial (cuando la placenta está incrustada en el miometrio) y retención extramiometrial (cuando la placenta está fuera del miometrio, como en la placenta pércreta). Las complicaciones de la RRP

se refieren a los efectos adversos que produce la RRP sobre la salud de la mujer, y se pueden clasificar en complicaciones hemorrágicas (como la atonía uterina, la coagulopatía, el shock hipovolémico, etc.), complicaciones infecciosas (como la endometritis, la sepsis, el absceso pélvico, etc.) y complicaciones reproductivas (como la infertilidad, el síndrome de Asherman, la adherencia placentaria, etc.) (3,29).

- **Diagnóstico**

El diagnóstico se fundamenta en la integración de criterios clínicos, ecográficos e histológicos. Los criterios clínicos son los signos y síntomas como la hemorragia postparto, el dolor abdominal, la fiebre, el mal olor vaginal, la ausencia de involución uterina, etc. Los criterios ecográficos son los hallazgos que se observan en la ecografía transvaginal o transabdominal, como la presencia de material ecogénico en el útero, el aumento del grosor endometrial, la vascularización anormal, etc. Los criterios histológicos son los resultados que se obtienen es la ausencia de cotiledones, la presencia de vellosidades, la evidencia de inflamación, etc. El diagnóstico de la RRP se confirma cuando se cumplen al menos dos de estos criterios, y se descartan otras causas de hemorragia o infección postparto (30,31).

- **Tratamiento**

Tiene como objetivos eliminar los restos placentarios del útero, controlar la hemorragia, prevenir o tratar la infección, y preservar la fertilidad y dependerá del grado, localización y complicaciones que presente la mujer. El tratamiento puede ser de tipo médico, quirúrgico o conservador. El tratamiento médico implica el uso de medicamentos que faciliten la expulsión de los restos placentarios, como los uterotónicos, los antiinflamatorios, los antibióticos, entre otros. El tratamiento quirúrgico consiste en la realización de una intervención para extraer los restos

placentarios, como el legrado uterino, la histeroscopia, la laparoscopia, la laparotomía, la histerectomía, etc. El manejo conservador hace referencia a la observación y el seguimiento de la mujer sin intervención médica o quirúrgica, esperando que los restos placentarios se expulsen de forma espontánea o se reabsorban por el organismo. El tratamiento para el manejo individualizado de cada paciente debe ser decidido por el médico y la paciente, teniendo en cuenta los riesgos y beneficios para cada caso (32).

- **Prevención**

La prevención de la retención de restos placentarios consiste en la aplicación de medidas que reduzcan la incidencia o la gravedad de esta complicación obstétrica. La prevención de la RRP puede ser de tipo general, específico o educativo. La prevención general consiste en el control prenatal adecuado, que permita identificar y tratar los factores de riesgo maternos, fetales y placentarios que puedan favorecer la RRP. La prevención específica consiste en el manejo adecuado del parto y del alumbramiento, que permita evitar o minimizar las intervenciones innecesarias o inadecuadas que puedan favorecer la RRP. La prevención a través de la educación implica brindar información y asesoramiento a la mujer y su pareja acerca de los signos y síntomas de la RRP, las medidas de higiene durante el posparto y la relevancia de asistir a los controles posparto (29, 33).

2.2.2 Factores de riesgo materno

Un factor de riesgo se refiere a una característica o circunstancia que incrementa la probabilidad de que una persona desarrolle una enfermedad o experimente una complicación. Estos factores pueden ser genéticos, ambientales, conductuales, sociales o clínicos, no todos tienen la misma relevancia, ya que algunos son prevenibles o modificables,

mientras que otros no lo son, además, los factores de riesgo pueden actuar de manera independiente o conjunta, generando efectos que pueden potenciarse o contrarrestarse entre sí (30).

Los factores de riesgo se pueden clasificar según diferentes criterios, como su naturaleza, su frecuencia o su impacto. Según su naturaleza, se pueden distinguir entre factores de riesgo intrínsecos (propios de la persona, como el sexo, la genética, la edad etc.) y extrínsecos (relacionados con el entorno, el estilo de vida, la alimentación y la exposición a agentes nocivos, etc.). Según su frecuencia, se pueden diferenciar entre factores de riesgo común (el tabaquismo, la obesidad, la hipertensión, etc.) y raro (enfermedades hereditarias, las malformaciones congénitas, etc.). Según su impacto, se pueden categorizar entre factores de riesgo mayores (que tienen una alta asociación con la enfermedad o complicación, como la diabetes gestacional, la placenta previa, la cesárea previa, etc.) y menores (que tienen una baja asociación con la enfermedad o complicación, como el estrés, la infección urinaria, el uso de anticonceptivos, etc.) (31).

Los factores relacionados a la RRP son diversos y pueden ser de tipo materno, fetal, placentario o relacionado con el manejo del parto o del aborto, algunos de los factores de riesgo más relevantes son los siguientes:

Factores de riesgo sociodemográfico

Los factores de riesgo sociodemográficos en salud materna son aquellas características sociales, económicas y demográficas de una mujer que pueden influir negativamente en su estado de salud durante el embarazo, parto y puerperio, así como en los resultados perinatales. Estos factores no están directamente relacionados con condiciones médicas o biológicas,

sino con el contexto en el que vive la gestante, afectando su acceso a servicios de salud, nutrición, apoyo social y condiciones de vida adecuadas (8).

a) Edad: La edad de la madre representa un factor de riesgo intrínseco y frecuente que puede impactar en la aparición de la RRP. Se ha demostrado que las mujeres menores de 19 años y aquellas mayores de 34 años enfrentan un riesgo más elevado de RRP en comparación con mujeres de edades intermedias. Esta relación podría explicarse porque en los extremos de edad existe una mayor probabilidad de complicaciones obstétricas, como parto prematuro, preeclampsia, placenta previa o necesidad de cesárea, que a su vez pueden contribuir al desarrollo de la RRP (33). La gestante menor de 30 años es considerada una mujer joven, mientras que la mujer adulta o de edad materna avanzada, se refiere a las gestantes de 30 años a más (algunos estudios consideran 35 años como edad avanzada), lo cual implica cambios en la fisiología uteroplacentaria y representan un riesgo para RRP (15).

b) Estado civil: El estado civil es una categoría que describe la situación legal y social de una persona en relación con su vínculo afectivo y conyugal, considerándose un aspecto relevante en contextos jurídicos, sociales y de salud pública; este concepto incluye diversas condiciones que pueden ser con vínculo convivencial (conviviente o casada) o sin vínculo de convivencia (soltera, divorciada o viuda) y puede influir en factores relacionados con el apoyo familiar, la estabilidad emocional y el acceso a servicios sociales o médicos, (34).

c) Nivel educativo: El nivel educativo representa el grado más alto de instrucción formal que una persona ha alcanzado dentro del sistema educativo. Esta clasificación permite identificar si una persona ha

cursado y completado etapas básicas como la educación (primaria o secundaria) o un nivel superior (carrera técnica o universitaria). En investigaciones sociales y de salud, esta variable es clave, ya que suele estar vinculada con el acceso a la información, la toma de decisiones informadas y el comportamiento frente a situaciones de riesgo (35).

d) Ocupación: La ocupación se refiere a la actividad laboral que desempeña una persona, ya sea de forma remunerada (trabajadores independientes y dependientes) o no (estudiantes, ama de casa), y que le permite generar ingresos o contribuir al sustento familiar; esta categoría abarca tanto empleos formales como informales, así como el trabajo independiente, el doméstico no remunerado o el estudio en caso de personas dedicadas exclusivamente a su formación; en el ámbito de la investigación, la ocupación es una variable sociodemográfica importante, ya que puede influir en la exposición a riesgos, el acceso a servicios de salud y el estilo de vida (36).

e) Lugar de procedencia: El lugar de procedencia hace referencia al entorno geográfico en el que reside o ha residido una persona, y suele clasificarse como urbano o rural; esta distinción considera factores como la densidad poblacional, el acceso a servicios básicos, la infraestructura disponible y las características sociales del entorno; las zonas urbanas tienden a tener mayor concentración de población, infraestructura desarrollada y servicios especializados, mientras que las zonas rurales se caracterizan por ser más dispersas y, en muchos casos, con acceso limitado a recursos de salud, educación y transporte; esta variable es de relevancia en estudios sociales y de salud, ya que puede influir directamente en la calidad de vida y las condiciones de atención médica (37).

Factores de riesgo gineco-obstétricos

Son condiciones relacionadas directamente con el curso del embarazo, parto o antecedentes obstétricos que aumentan la probabilidad de complicaciones maternas o perinatales (17). Dentro de este conjunto se incluyen:

- a) Espacio intergenésico:** El espacio intergenésico es el tiempo transcurrido entre dos embarazos consecutivos. Se considera que un espacio intergenésico corto es menor de 18 meses. Este factor de riesgo es extrínseco y común, y puede aumentar el riesgo de RRP al alterar la cicatrización y la regeneración del endometrio después del parto o del aborto anterior, lo que puede dificultar la separación y la expulsión de la placenta en el embarazo actual (33).

- b) Tipo de parto:** El tipo de parto se refiere a la vía por la cual se produce la expulsión del feto y la placenta del útero, ya sea mediante parto vaginal o cesárea. Se clasifica a la mujer según el trayecto utilizado para el nacimiento. Este factor de riesgo, de naturaleza extrínseca y frecuente, puede influir en la aparición de RRP dependiendo de la vía de parto. Se ha identificado que el parto abdominal (cesárea) presenta un mayor riesgo de RRP en comparación con el parto vaginal, debido a que la intervención quirúrgica puede modificar la estructura y función del útero, afectando la cicatrización, las adherencias, la irrigación sanguínea y la contractilidad, lo que dificulta la separación y expulsión de la placenta. Por su parte, el parto vaginal también puede presentar factores que aumenten el riesgo de RRP, como el uso de fórceps, ventosa o la realización de episiotomías, que pueden ocasionar lesiones o infecciones en el canal de parto, dificultando así la expulsión placentaria (5-7).

c) Paridad: La paridad es el número de partos que ha tenido una mujer. Se considera que una mujer es múltipara cuando ha tenido dos o más partos. Este factor de riesgo es intrínseco y común, y puede incrementar el riesgo de RRP al provocar cambios en la anatomía y la fisiología uterina, como la distensión, la atonía, la adherencia o la calcificación placentaria, que pueden interferir con la contracción y la retracción uterina necesarias para desprender y expulsar la placenta (33).

d) Antecedente de patologías en la primera mitad del embarazo

- **Aborto:** Los antecedentes de abortos son el número de pérdidas gestacionales que ha sufrido una mujer. Se considera que una mujer tiene antecedentes de abortos cuando ha tenido uno o más abortos, ya sean espontáneos o inducidos. Este factor de riesgo es extrínseco y común, y puede elevar el riesgo de RRP al causar lesiones o infecciones en el endometrio, que pueden generar adherencias, inflamación o fibrosis, que pueden impedir la separación y la expulsión de la placenta. Las lesiones del endometrio que hayan causado por legrados pueden ocasionar la mala implantación (26).

- **Embarazo ectópico:** El embarazo ectópico es una condición en la que el óvulo fecundado se implanta fuera del revestimiento del útero, siendo las trompas de Falopio el sitio más común donde ocurre esta implantación anómala. Esta situación representa una emergencia médica, ya que el crecimiento del embrión fuera del útero puede provocar ruptura de estructuras internas, sangrado severo y poner en riesgo la vida de la madre si no se detecta y trata a tiempo. Su diagnóstico precoz y manejo adecuado son fundamentales para preservar la salud reproductiva y prevenir complicaciones graves (38).

- **Embarazo molar:** El embarazo molar es una alteración poco común del embarazo en la cual el tejido que debería formar la placenta crece de manera anormal dentro del útero. En lugar de desarrollarse una gestación saludable, se forma una masa de estructuras vesiculares llenas de líquido. Esta condición puede clasificarse como completa, cuando no hay embrión, o parcial, cuando existe un desarrollo embrionario anómalo. Se considera una patología del embarazo que requiere atención médica inmediata, ya que puede ocasionar complicaciones graves si no se trata de forma oportuna, e incluso evolucionar hacia enfermedades más complejas en algunos casos (38).

e) Antecedente de patologías en la segunda mitad del embarazo

- **Placenta previa:** El antecedente de placenta previa en un embarazo anterior es el número de veces que una mujer ha tenido una implantación anómala de la placenta en el cuello del útero en un embarazo previo. Se considera que una mujer tiene placenta previa como antecedente en un embarazo anterior cuando ha tenido una o más placentas previas en un embarazo anterior. Este factor de riesgo es extrínseco y raro, y puede elevar el riesgo de RRP al asociarse con otras complicaciones obstétricas, como la placenta ácreta, la hemorragia, la infección, la cesárea, etc., que pueden favorecer la RRP. La placenta previa puede afectar la inserción, la maduración y la separación de la placenta, lo que puede dificultar la expulsión de la placenta (3, 33).
- **Desprendimiento prematuro de placenta:** Los antecedentes de desprendimiento de placenta en un embarazo anterior son el número de veces que una mujer ha sufrido una separación prematura de la placenta de la pared uterina antes del parto en

un embarazo previo. Este factor de riesgo es extrínseco y raro, y puede elevar el riesgo de RRP al asociarse con otras complicaciones obstétricas, como la hipertensión, la preeclampsia, el trauma abdominal, el tabaquismo, el consumo de drogas, etc., que pueden favorecer la RRP (6).

- **Ruptura prematura de membranas:** La ruptura espontánea de las membranas ovulares (amnios y corion) antes del inicio del trabajo de parto, ya sea previa o posterior a la viabilidad fetal, se define como ruptura prematura de membranas. Se diagnostica cuando hay salida de líquido amniótico por la vagina antes de que empiece el trabajo de parto. Este es un factor de riesgo extrínseco y frecuente, que puede incrementar la probabilidad de RRP al relacionarse con complicaciones obstétricas como corioamnionitis, infecciones, parto prematuro, hemorragias o cesáreas, alterando la integridad, función y separación de las membranas ovulares y dificultando la expulsión placentaria (2, 39).

- **Preeclampsia:** Los antecedentes de hipertensión arterial, incluida la preeclampsia, son el número de veces que una mujer ha padecido una elevación de la presión arterial durante el embarazo o el puerperio, con o sin proteinuria. Se considera que una mujer tiene antecedentes de hipertensión arterial, incluida la preeclampsia, cuando ha tenido uno o más episodios de hipertensión arterial, incluida la preeclampsia, en el embarazo o el puerperio. Este factor de riesgo es extrínseco y común, y puede elevar el riesgo de RRP al asociarse con otras complicaciones obstétricas, como el desprendimiento prematuro de placenta, RCIU, el parto pretérmino, la hemorragia, la infección, la cesárea, etc., que pueden favorecer la RRP. La

hipertensión arterial, incluida la preeclampsia, puede afectar la perfusión placentaria, la maduración placentaria y la contractilidad uterina, lo que puede dificultar la separación y la expulsión de la placenta (40).

f) Otras patologías

- **Cesárea anterior:** Los antecedentes de cesárea son el número de veces que una mujer ha sido sometida a una intervención quirúrgica para extraer el feto y la placenta del útero, por indicación médica o por elección de la paciente. Se considera que una mujer tiene antecedentes de cesárea cuando ha tenido una o más cesáreas. Este factor de riesgo es extrínseco y común, y puede incrementar el riesgo de RRP al asociarse con otras complicaciones obstétricas, como la placenta previa, la placenta acreta, la hemorragia, la infección, la atonía uterina, etc., que pueden favorecer la RRP. La cesárea puede alterar la anatomía y la fisiología uterina, como la cicatrización, la adherencia, la vascularización y la contractilidad, lo que puede interferir con la separación y la expulsión de la placenta (3, 39).
- **Legrado uterino:** Los antecedentes de legrado uterino son el número de veces que una mujer ha sido sometida a una intervención quirúrgica para extraer el contenido del útero, ya sea por motivos obstétricos (como el aborto incompleto, el embarazo ectópico, la mola hidatiforme, etc.) o por motivos ginecológicos (como el sangrado uterino anormal, los pólipos endometriales, los miomas uterinos, etc.). Este factor de riesgo es extrínseco y común, y puede incrementar el riesgo de RRP al provocar traumatismos o infecciones en el endometrio, que pueden generar adherencias, inflamación o fibrosis, que pueden impedir la separación y la expulsión de la placenta (30,31).

- **Parto pretérmino:** Los antecedentes de parto pretérmino son el número de veces que una mujer ha dado a luz antes de la semana 37 de gestación. Se considera que una mujer tiene antecedentes de parto pretérmino cuando ha tenido uno o más partos pretérminos. Este factor de riesgo es extrínseco y común, y puede aumentar el riesgo de RRP al asociarse con otras complicaciones obstétricas, como RPM, la corioamnionitis, etc. (32).

- **Parto prolongado:** Los antecedentes de parto prolongado son el número de veces que una mujer ha tenido un parto con una duración superior a lo normal. Se considera que una mujer tiene antecedentes de parto prolongado cuando ha tenido uno o más partos prolongados. Este factor de riesgo es extrínseco y común, y puede incrementar el riesgo de RRP al asociarse con otras complicaciones obstétricas, como la distocia, la infección, la hemorragia, la cesárea, etc., que pueden favorecer la RRP (3).

- **Anomalías de inserción placentaria:** Las anomalías de inserción placentaria son alteraciones en la forma o el lugar en que se implanta la placenta en el útero, que pueden dificultar su separación o expulsión después del parto. Se considera que una mujer tiene anomalías de inserción placentaria cuando presenta una o más alteraciones en la forma o el lugar de implantación de la placenta. Este factor de riesgo es intrínseco y raro, y puede incrementar el riesgo de RRP al asociarse con otras complicaciones obstétricas, como la placenta previa, la placenta acreta, la hemorragia, la infección, la cesárea, etc., que pueden favorecer la RRP. Las anomalías de inserción placentaria pueden afectar la integridad, la función y la separación de la

placenta, lo que puede dificultar la expulsión de la placenta (17,18).

g) Tipo de alumbramiento: El tipo de alumbramiento es la manera de expulsión de la placenta del útero, ya sea de forma espontánea o dirigido. Se considera que una mujer tiene un tipo de alumbramiento según la manera en que se expulsa la placenta del útero. Este factor de riesgo es extrínseco y común, y puede influir en el riesgo de RRP según la forma de alumbramiento. Se ha observado que el alumbramiento dirigido tiene mayor riesgo de RRP que el alumbramiento espontáneo, debido a que el alumbramiento asistido implica una manipulación del útero o de la placenta que pueden dificultar la salida de la placenta por completo. El alumbramiento espontáneo también puede tener factores de riesgo asociados a la RRP, como la duración, el uso de medicamentos uterotónicos, etc., que pueden afectar la contractilidad y la retracción uterina, que son necesarias para desprender y expulsar la placenta (5,8).

h) Presentación de la placenta: La presentación de la placenta se refiere a la manera en que esta se expulsa del útero tras el nacimiento del bebé. Existen dos formas clásicas de desprendimiento placentario:

- Mecanismo de Schultze: la placenta se desprende desde el centro hacia los bordes, lo que permite que salga con la cara fetal al frente, minimizando el sangrado visible.
- Mecanismo de Duncan: la separación ocurre primero por los márgenes, haciendo que la cara materna se presente primero y, por tanto, se observe un mayor sangrado externo.

Estas formas de presentación ayudan a identificar el tipo de desprendimiento ocurrido y su posible relación con la cantidad de hemorragia postparto (41).

- i) Duración de alumbramiento:** El tiempo de alumbramiento corresponde al intervalo entre la expulsión del feto y la expulsión de la placenta, ya sea de manera espontánea o mediante asistencia. Se evalúa la duración del alumbramiento en función del periodo que transcurre hasta que la placenta es expulsada del útero. Este factor de riesgo es extrínseco y común, y puede influir en el riesgo de RRP según la duración de alumbramiento. Se ha observado que una duración de alumbramiento prolongada (mayor de 30 minutos) tiene mayor riesgo de RRP que una duración de alumbramiento normal (menor de 30 minutos), debido a que una duración de alumbramiento prolongada implica una falta de contractilidad o retracción uterina, que son necesarias para desprender y expulsar la placenta. Una duración de alumbramiento corta (menor de 10 minutos) también puede tener riesgo de RRP si se asocia con un alumbramiento asistido o incompleto, que puede dejar restos placentarios en el útero (3, 4, 6).
- j) Uso de medicamentos uterotónicos:** El uso de medicamentos uterotónicos es la administración de fármacos que estimulan la contracción del útero, ya sea en el trabajo de parto o después del parto. Se dice que una paciente tiene uso de uterotónicos cuando recibe uno o más fármacos que estimulan la contracción uterina. Este factor de riesgo es extrínseco y común, y puede influir en el riesgo de RRP según el tipo, la vía de administración, el momento, y la dosis de los medicamentos uterotónicos. Se ha observado que el uso de medicamentos uterotónicos puede tener un efecto beneficioso o perjudicial sobre la RRP, dependiendo de las características de cada caso. El uso de medicamentos uterotónicos puede prevenir o tratar la RRP al favorecer la contractilidad y la retracción uterina, que son necesarias para desprender y expulsar la placenta. Sin embargo, el uso de medicamentos uterotónicos también puede causar o agravar la RRP al provocar una contracción excesiva o irregular del útero, que puede

impedir la separación o la expulsión de la placenta, o al inducir una reacción alérgica o una hipersensibilidad al fármaco, que puede generar una inflamación o una necrosis del endometrio (5).

2.3. Definición de términos

- **Factor de Riesgo:** Condición que aumenta la probabilidad de padecer patologías (4).
- **Retención placentaria:** Persistencia de la placenta en el útero después del parto; provocando hemorragias e infección (4).
- **Puerperio:** etapa pos parto que dura hasta los 45 días (29).
- **Oxitocina:** Es la hormona que se libera tras la distensión del cuello uterino durante el parto, así como la eyección de la leche materna (29).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de investigación

Estudio de tipo aplicada de enfoque cuantitativo, nivel de investigación explicativa, analítico, observacional. Analítico porque comparó grupos de sujetos con diferentes niveles de exposición al factor de interés, para evaluar su asociación con el desenlace o resultado. Observacional porque no se intervino ni se manipuló la variable de exposición, solo se observó y registró tal como se da en la realidad (42).

3.2 Diseño de la investigación

El diseño fue no experimental, transversal, retrospectivo, de casos y controles. En la que se seleccionó historias clínicas de puérperas en función de si presentaron o no la retención de restos placentarios y se comparó la exposición a los posibles factores de riesgo entre los casos y los controles. Fue retrospectivo porque partió del desenlace o resultado y se retrocedió en el tiempo para identificar la exposición previa al factor de interés (36).

Casos	Controles
Historia clínica de puérpera con retención de restos placentarios	Historia clínica de puérpera sin retención de restos placentarios
Exposición al factor de riesgo o protección	Exposición al factor de riesgo o protección
Medir la frecuencia o proporción de exposición	Medir la frecuencia o proporción de exposición
Comparar la exposición entre los grupos	Comparar la exposición entre los grupos
Calcular una medida de asociación	Calcular una medida de asociación

3.3 Población y muestra de estudio

3.3.1. Tamaño y muestra de estudio

Población

Estuvo conformada por puérperas cuyo parto fue atendido en el Hospital de Apoyo Huari Ancash, durante el periodo de 2019-2022.

Unidad de análisis

Puérpera atendida en el Hospital de Apoyo Huari Ancash, durante el periodo de 2019-2022.

Muestra

La muestra fue calculada haciendo uso del aplicativo OpenEpi, versión 3, con una proporción hipotética de casos con exposición del 60.47% (29); obteniendo según criterios de Fleiss con corrección de continuidad un tamaño total de la muestra de 196 historias clínicas de puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo Huari en Ancash durante el periodo de 2019-2022, de los cuales 98 historias clínicas fueron los casos y 98 los controles.

3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

Casos:

Puérperas con diagnóstico de retención de restos placentarios atendidas en el Hospital de Apoyo Huari, Ancash, durante el periodo de 2019-2022.

Controles:

Puérperas sin diagnóstico de retención de restos placentarios atendidas en el Hospital de Apoyo Huari durante el periodo de 2019-2022.

Criterios de exclusión:

Para casos y controles

Historias clínicas de puérperas con comorbilidades como (Diabetes, epilepsia, enfermedades de la tiroides, alteraciones mentales).

Historias clínicas incompletas.

3.4. Operacionalización de variables

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
Variable dependiente Retención de restos placentarios	Condición postparto donde fragmentos del tejido placentario permanecen en el útero después del nacimiento del bebé (3)	Diagnóstico médico confirmado de retención de restos placentarios basado en la evaluación clínica y/o ultrasonográfica	Retención de restos	Diagnóstico de retención Restos placentarios en la historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Nominal
Variable independiente Factores de riesgo	Se refiere a cualquier función o condición que se puede determinar a partir de la maternidad. Hay una posibilidad de desarrollar una enfermedad o complicación. En este caso en la retención de restos placentarios que son tejidos, membranas o cotiledones de la placenta que no se expulsan durante el alumbramiento (11).	Factores de riesgo sociodemográficos y obstétricos identificados en la historia clínica que aumentan la posibilidad de presentar complicaciones durante el puerperio.	Factores de riesgo Sociodemográficos	Edad	<ul style="list-style-type: none"> • Joven (<29 años) • Adulta (30 años a más) 	Ordinal
				Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> • Sin vínculo convivencial (soltera, divorciada, viuda) • Con vínculo convivencial (conviviente, casada) 	Nominal
				Nivel educativo	<ul style="list-style-type: none"> • Básica (Primario, secundaria) • Superior (No universitaria, universitaria) 	Ordinal
				Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> • No remunerada (Estudiante, ama de casa) • Remunerada (Trabajadora dependiente, trabajadora independiente) 	Nominal
				Lugar de procedencia	<ul style="list-style-type: none"> • Rural • Urbana 	Nominal
			Factores de riesgo gineco-obstétricos	Espacio intergenésico	<ul style="list-style-type: none"> • No óptimo (corto <2 años y largo >4 años) • Óptimo (2-4 años) 	Ordinal
			Tipo de parto	<ul style="list-style-type: none"> • Vaginal. • Cesárea. 	Nominal	

				Paridad	<ul style="list-style-type: none"> • Primípara • Multípara 	Ordinal
				Antecedente de patologías en la primera mitad del embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Sí (Aborto, embarazo Ectópico, embarazo molar) • No 	Nominal
				Antecedente de patologías en la segunda mitad del embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Sí (Placenta previa, DPP, RPM, Preeclampsia) • No 	Nominal
				Otras patologías	<ul style="list-style-type: none"> • Sí (Cesareada anterior, legrado uterino, partos pretérminos, parto prolongado) • No 	Nominal
				Tipo de alumbramiento	<ul style="list-style-type: none"> • Espontáneo • Dirigido 	Nominal
				Presentación de la placenta	<ul style="list-style-type: none"> • Shultz • Duncan 	Nominal

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnicas

En este estudio se empleó el análisis documental, consistiendo en la revisión de las historias clínicas digitales maternas y perinatales, así como de los registros de los libros de sala de partos y maternidad de puérperas, tanto con diagnóstico de retención de restos placentarios como sin él.

Instrumentos y equipos

El instrumento utilizado en el estudio consistió en una ficha de recolección de datos, elaborada específicamente para obtener información detallada sobre los factores de riesgo sociodemográficos y gineco-obstétricos que podrían influir en la retención de restos placentarios. Esta ficha se dividió en dos secciones: la primera recopiló la fecha de parto y el diagnóstico de retención de restos placentarios, con el fin de clasificar a los casos y controles; la segunda parte evaluó los factores de riesgo sociodemográficos, organizada en 5 ítems, y los factores de riesgo gineco-obstétricos, distribuidos en 8 ítems. Cada ítem planteó un factor de riesgo con respuestas dicotómicas y binarias. Los ítems fueron diseñados para ser claros y concisos, permitiendo una recolección de datos rápida y eficiente, lo que facilitó un análisis exhaustivo sobre la probabilidad de los factores de riesgo asociados con la retención de restos placentarios.

3.6. Procesamiento y análisis de datos

La información fue obtenida de las historias clínicas y transferida a la ficha de recolección de datos, para posteriormente ser cargada en una base de datos utilizando el software estadístico SPSS versión 27.0. En cuanto al análisis descriptivo, se organizó la información de

las variables cualitativas en tablas que mostraban porcentajes y frecuencias. Para realizar el análisis inferencial y establecer las relaciones entre las variables, se utilizó el estadístico Chi cuadrado (χ^2). Para evaluar el riesgo entre las variables, se aplicó el valor Odds ratio (OR) en los indicadores con dos categorías, complementado con el intervalo de confianza (IC) y el valor p para cada variable relacionada con la patología.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Factores Sociodemográficos

Tabla 1

Asociación entre edad y retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo Huari Ancash, periodo 2019-2022.

Edad	Retención de restos placentarios				Chi cuadrado (χ^2) P valor OR IC (95%)
	Casos		Controles		
	n	%	n	%	
Adulta	59	60,2	41	41,8	χ^2 : 6,615 p valor: 0,010 OR: 2,105 IC: (1,189-3,71)
Joven	39	39,8	57	58,2	
Total	98	100	98	100	

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En relación con la edad, se observó que el 60,2% de las mujeres puérperas con retención de restos placentarios eran adultas (30 años a más), en comparación con el 41,8% de las que no presentaron esta condición, encontrándose una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,010$). Además, la probabilidad de experimentar retención de restos placentarios fue 2,105 veces mayor en las puérperas adultas (OR: 2,105 [1,189-3,71]) que en las jóvenes (≤ 29 años).

Tabla 2

Asociación entre estado civil y retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo Huari Ancash, periodo 2019-2022.

Estado civil	Retención de restos placentarios				Chi cuadrado (χ^2) P valor OR IC (95%)
	Casos		Controles		
	N	%	N	%	
Sin vínculo convivencial	17	17,3	11	11,2	χ^2 : 1,500
Con vínculo convivencial	81	82,7	87	88,8	p valor: 0,221 OR: 1,660
Total	98	100	98	100	IC: (0,734-3,758)

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En relación con el estado civil como factor sociodemográfico asociado a la retención de restos placentarios, se observó que el 17,3% de las puérperas sin vínculo convivencial (solteras, divorciadas o viudas) presentaron retención de restos placentarios, en comparación con el 11,2% del grupo control. Por otro lado, el 82,7% de las puérperas con vínculo convivencial (casadas o convivientes) presentaron dicha condición, frente al 88,8% que no la presentaron. A pesar de que las puérperas sin vínculo convivencial mostraron una mayor proporción de casos, el análisis estadístico no evidenció una asociación significativa entre el estado civil y la retención de restos placentarios ($\chi^2 = 1,500$; $p = 0,221$). La razón de odds (OR) fue de 1,660, con un intervalo de confianza del 95% entre 0,734 y 3,758, lo que indica que no existe una diferencia estadísticamente significativa en el riesgo de presentar retención de restos placentarios según el estado civil.

Tabla 3

Asociación entre nivel educativo y retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo Huari Ancash, periodo 2019-2022.

Nivel educativo	Retención de restos placentarios				Chi cuadrado (χ^2) P valor OR IC (95%)
	Casos		Controles		
	N	%	N	%	
Básica	70	71,4	77	78,6	χ^2 : 1,333 p valor: 0,248 OR: 0,682 IC: (0,355-1,308)
Superior	28	28,6	21	21,4	
Total	98	100	98	100	

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

Respecto al nivel educativo, se observó que el 71,4% de las mujeres embarazadas con retención de restos placentarios tenían un nivel de instrucción básica (primaria, secundaria), mientras que el 78,6% de las que no presentaron esta condición tenían el mismo nivel educativo. La diferencia entre ambos grupos no fue estadísticamente significativa ($p=0,248$). La probabilidad de experimentar retención de restos placentarios fue 0,682 veces mayor en las mujeres con educación básica (OR: 0,682 [0,355-1,308]) que con educación superior (no universitaria, universitaria).

Tabla 4

Asociación entre ocupación y retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo Huari Ancash, periodo 2019-2022.

Ocupación	Retención de restos placentarios				Chi cuadrado (χ^2) P valor OR IC (95%)
	Casos		Controles		
	N	%	N	%	
No remunerada	78	79,6	74	75,5	χ^2 : 0,469 p valor: 0,493 OR: 1,265 IC: (0,645-2,480)
Remunerada	20	20,4	24	24,5	
Total	98	100	98	100	

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En relación con la ocupación, se observó que el 79,6% de las puérperas con retención de restos placentarios no recibían remuneración (ama de casa, estudiante), en comparación con el 75,5% de las que no presentaron dicha condición. La diferencia estadística entre ambos grupos no fue significativa ($p=0,493$). Además, la probabilidad de sufrir retención de restos placentarios fue 1,265 veces mayor en las puérperas no remuneradas (OR: 1,265 [0,645-2,480]) que en las remuneradas (empleada independiente y dependiente).

Tabla 5

Asociación entre lugar de procedencia y retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo Huari Ancash, periodo 2019-2022.

Lugar de procedencia	Retención de restos placentarios				Chi cuadrado (χ^2) P valor OR IC (95%)
	Casos		Controles		
	N	%	N	%	
Rural	91	92,9	79	80,6	χ^2 : 6,386 p valor: 0,012 OR: 3,127 IC: (1,249-7,826)
Urbano	7	7,1	19	19,4	
Total	98	100	98	100	

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En relación con el lugar de procedencia, se observó que el 92,9% de las puérperas con retención de restos placentarios provenían de áreas rurales, en comparación con el 80,6% de las que no presentaron esta condición. La diferencia estadística entre ambos grupos fue significativa ($p=0,012$). Además, la probabilidad de sufrir retención de restos placentarios fue 3,127 veces mayor en las mujeres gestantes provenientes de zonas rurales (OR: 3,127 [1,249-7,826]).

4.2 Factores gineco-obstétricos

Tabla 6

Asociación entre periodo intergenésico y retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo Huari Ancash, periodo 2019-2022

Periodo intergenésico	Retención de restos placentarios				Chi cuadrado (χ^2) P valor OR IC (95%)
	Casos		Controles		
	N	%	N	%	
No óptimo	94	95,9	14	14,3	χ^2 : 131,987 p valor: 0,001 OR: 141,000 IC: (44,668-445,083)
Óptimo	4	4,1	84	85,7	
Total	98	100	98	100	

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En relación con el periodo intergenésico, se encontró que el 95,9% de las puérperas con retención de restos placentarios tenían un periodo intergenésico no ideal (ya sea corto, menor de 2 años, o largo, mayor de 4 años), en comparación con solo el 14,3% de las que no presentaron esta condición. La diferencia estadística entre ambos grupos fue significativa ($p=0,001$). Además, la probabilidad de sufrir retención de restos placentarios fue 141,000 veces mayor en las gestantes con un periodo intergenésico no óptimo (OR: 141,000 [44,668-445,083]) que en el grupo cuyo período intergenésico fue óptimo (2-4 años).

Tabla 7

Asociación entre tipo de parto y retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo Huari Ancash, periodo 2019-2022

Tipo de parto	Retención de restos placentarios				Chi cuadrado (χ^2) P valor OR IC (95%)
	Casos		Controles		
	N	%	N	%	
Vaginal	95	96,9	94	95,9	χ^2 : 0,148
Cesárea	3	3,1	4	4,1	p valor: 0,700
Total	98	100	98	100	OR: 1,348 IC: (0,294-6,185)

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En cuanto al tipo de parto, se observó que el 96,9% de las puérperas con retención de restos placentarios tuvieron un parto vaginal, en comparación con el 95,9% de las que no presentaron esta condición. La diferencia entre ambos grupos no fue estadísticamente significativa ($p=0,700$). Además, la probabilidad de experimentar retención de restos placentarios fue 1,348 veces mayor en las puérperas que tuvieron un parto vaginal (OR: 1,348 [0,294-6,185]).

Tabla 8

Asociación entre paridad y retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo Huari Ancash, periodo 2019-2022

Paridad	Retención de restos placentarios				Chi cuadrado (χ^2) P valor OR IC (95%)
	Casos		Controles		
	N	%	N	%	
Múltipara	83	84,7	68	69,4	χ^2 : 6,490 p valor: 0,011 OR: 2,439 IC: (1,215-4,901)
Primípara	15	15,3	30	30,6	
Total	98	100	98	100	

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En relación con la paridad, se encontró que el 84,7% de las puérperas con retención de restos placentarios eran múltiparas, en comparación con el 69,4% de las que no presentaron esta condición. La diferencia estadística fue significativa ($p=0,011$). Además, la probabilidad de retención de restos placentarios fue 2,439 veces mayor en las puérperas múltiparas (OR: 2,439 [1,215-4,901]).

Tabla 9

Asociación entre antecedente de patología en la primera mitad del embarazo y retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo Huari Ancash, durante el periodo 2019-2022.

Antecedente de patología primera mitad del embarazo	Retención de restos placentarios				Chi cuadrado (χ^2) P valor OR IC (95%)
	Casos		Controles		
	N	%	N	%	
Sí	89	90,8	39	39,8	χ^2 : 56,296 p valor: 0,001 OR: 14,960 IC: (6,749-33,161)
No	9	9,2	59	60,2	
Total	98	100	98	100	

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En cuanto a los antecedentes de patologías durante la primera mitad del embarazo (aborto, embarazo ectópico, embarazo molar), se observó que el 90,8% de las puérperas con retención de restos placentarios habían tenido antecedentes de patologías en ese período, en comparación con el 39,8% de las que no presentaron esta condición. La diferencia estadística fue significativa ($p=0,001$). Además, la probabilidad de retención de restos placentarios fue 14,960 veces mayor en las puérperas con antecedentes de patologías en la primera mitad del embarazo (OR: 14,960 [1,215-4,901]).

Tabla 10

Asociación entre antecedente de patología en la segunda mitad del embarazo y retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo Huari Ancash, periodo 2019-2022.

Antecedente de patología en la segunda mitad del embarazo	Retención de restos placentarios				Chi cuadrado (χ^2) P valor OR IC (95%)
	Casos		Controles		
	N	%	N	%	
SÍ	68	69,4	4	4,1	χ^2 : 89,921 p valor: 0,001 OR: 53,267 IC: (17,928-158,260)
No	30	30,6	94	95,9	
TOTAL	98	100	98	100	

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En cuanto a los antecedentes de patologías durante la segunda mitad del embarazo (Placenta previa, DPP, RPM, preeclampsia), se encontró que el 69,4% de las puérperas con retención de restos placentarios habían tenido antecedentes de patologías en este período, en comparación con solo el 4,1% de las que no presentaron esta condición. La diferencia estadística entre ambos grupos fue significativa ($p=0,001$). Además, la probabilidad de sufrir retención de restos placentarios fue 53,267 veces mayor en las puérperas con antecedentes de patologías en la segunda mitad del embarazo (OR: 53,267 [17,928-158,260]).

Tabla 11

Asociación entre antecedente de otras patologías y retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo Huari Ancash, periodo 2019-2022.

Otras patologías	Retención de restos placentarios				Chi cuadrado (χ^2) P valor OR IC (95%)
	Casos		Controles		
	N	%	N	%	
Sí	69	70,4	3	3,1	χ^2 : 95,629 p valor: 0,001 OR: 75,345 IC: (22,057-257,370)
No	29	29,5	95	96,9	
TOTAL	98	100	98	100	

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En cuanto a los antecedentes de otras patologías (cesárea anterior, legrado uterino, parto pretérmino, parto prolongado), se observó que el 70,4% de las puérperas con retención de restos placentarios tenían antecedentes de otras patologías, en comparación con solo el 3,1% de las que no presentaron esta condición. La diferencia entre ambos grupos fue estadísticamente significativa ($p=0,001$). Además, la probabilidad de sufrir retención de restos placentarios fue 75,345 veces mayor en las puérperas con antecedentes de otras patologías (OR: 75,345 [22,057-257,370]).

Tabla 12

Asociación entre tipo de alumbramiento y retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo Huari Ancash, periodo 2019-2022.

Tipo de alumbramiento	Retención de restos placentarios				Chi cuadrado (χ^2) P valor OR IC (95%)
	Casos		Controles		
	N	%	N	%	
Espontáneo	6	6,1	0	0	χ^2 : 6,189
Dirigido	92	93,9	98	100	p valor: 0,013
Total	98	100	98	100	OR: 2,065 IC: (1,783-2,392)

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En relación con el tipo de alumbramiento, se observó que el 6,1% de las puérperas con retención de restos placentarios tuvieron un alumbramiento espontáneo, mientras que ninguna de las que no presentaron esta condición lo experimentó. La diferencia entre ambos grupos resultó estadísticamente significativa ($p=0,013$). Además, la probabilidad de retención de restos placentarios fue 2,065 veces mayor en las puérperas con alumbramiento espontáneo (OR: 2,065 [1,783-2,392]).

Tabla 13

Asociación entre presentación de la placenta y retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo Huari Ancash, periodo 2019-2022.

Presentación de la placenta	Retención de restos placentarios				Chi cuadrado (χ^2) P valor OR IC (95%)
	Casos		Controles		
	N	%	N	%	
Duncan	10	10,2	1	1,0	χ^2 : 7,801 p valor: 0,005 OR: 10,98 IC: (1,383-90,909)
Shultz	88	89,8	97	99,0	
Total	98	100	98	100	

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En relación con el tipo de presentación de la placenta, se observó que el 10,2% de las puérperas con retención de restos placentarios tenían una presentación de placenta tipo Duncan, en comparación con solo el 1% de las que no presentaron esta condición. La diferencia entre ambos grupos fue estadísticamente significativa ($p=0,005$). Además, la probabilidad de retención de restos placentarios fue 10,98 veces mayor en las puérperas con una presentación de placenta tipo Duncan (OR: 10,98 [1,383-90,909]).

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

La retención de restos placentarios es una complicación obstétrica multifactorial que puede generar consecuencias clínicas importantes como hemorragias, infecciones uterinas y procedimientos quirúrgicos adicionales. En el presente estudio, se identificaron factores de riesgo significativos tanto de tipo sociodemográfico como ginecoobstétrico, que contribuyen a su ocurrencia.

Desde el enfoque de los factores sociodemográficos, la edad materna ≥ 30 años fue un predictor significativo (OR: 2,105), resultado que concuerda con Cohen et al (16) quienes encontraron que la edad mayor de 30 años se asocia con un mayor riesgo de RRP (OR: 1,55); asimismo, Khan et al. (19), y García et al. (22) indican que la prevalencia aumenta con la edad, especialmente entre los 30 y 49 años. Según Ramirez et al (25) y Blas et al (28), la edad de la parturienta es un factor relacionado a la retención de restos, en mujeres < 20 años y $>$ de 35 años. Las alteraciones en la contractilidad uterina, atribuibles a la inmadurez miometrial en adolescentes y a la senescencia tisular en mujeres mayores, explicarían este patrón, como también lo refieren Mwangi et al. (18), Pérez et al. (23), Khan et al. (19) y Liu et al. (20). Estos hallazgos refuerzan el papel de la edad como factor determinante en la fisiopatología de esta complicación posparto.

El estado civil, el nivel educativo y la ocupación no mostraron asociación estadísticamente significativa con la retención de restos placentarios, aunque se observaron diferencias proporcionales entre

grupos. García et al. (22) y Montenegro et al. (24) sugieren que estas variables deben analizarse dentro del contexto de determinantes sociales más amplios como el acceso a servicios de salud, redes de apoyo y condiciones laborales. En este sentido, su impacto aislado parece limitado si no se considera el entorno estructural.

En contraste, la procedencia rural mostró una asociación significativa (OR: 3,127), indicando que las mujeres residentes en zonas rurales enfrentan mayores barreras de acceso a servicios obstétricos oportunos y de calidad; asimismo, factores como la distancia geográfica, el nivel de ingresos y la limitada infraestructura sanitaria inciden negativamente en el pronóstico obstétrico en zonas rurales. Aunque Montenegro et al. (24) no encontraron una relación concluyente, estos resultados reafirman que la procedencia rural es un determinante clave en la salud materna, con implicancias directas para la planificación de intervenciones diferenciadas según el contexto territorial.

En cuanto a los factores ginecoobstétrico, el periodo intergenésico no óptimo (<2 o >4 años) fue el predictor más fuerte (OR: 141,000), lo cual refleja que tanto los embarazos muy cercanos como los espaciados excesivamente comprometen la integridad del miometrio y la vascularización uterina. Esto es consistente con investigaciones como la de Khan et al. (19) quienes advierten sobre los riesgos de intervalos inadecuados. Este riesgo está vinculado al tiempo insuficiente para que el útero recupere su tono muscular y el revestimiento endometrial, afectando la capacidad para expulsar la placenta de manera efectiva. Contrariamente, Mwangi et (18), refiere que el periodo intergenésico no es un factor de riesgo para la retención de restos placentarios.

La multiparidad se asoció significativamente con la retención (OR: 2,439), posiblemente por el desgaste del miometrio y el aumento de

placentas anómalas en mujeres con múltiples gestaciones. Este hallazgo es coherente con estudios de Mwangi et al. (18) y Khan et al. (19), quienes mencionan que las mujeres multíparas tienen una mayor predisposición a este tipo de complicaciones, debido a factores como la distensión uterina recurrente y las alteraciones en la inserción de la placenta que pueden dificultar el desprendimiento adecuado de la misma; aunque autores como Perales (5) no hallaron dicha relación, lo cual podría atribuirse a diferencias en las poblaciones estudiadas.

Los antecedentes de patologías en el embarazo fueron factores relevantes. En la primera mitad, condiciones como aborto o embarazo ectópico se relacionaron con un OR de 14,960, lo que puede explicarse por la alteración endometrial secundaria a estas complicaciones. Este resultado coincide con Mwangi et al. (18) y Ramírez et al. (25) quienes refieren que el antecedente de aborto es factor de riesgo que aumenta la probabilidad de presentar retención de restos placentarios. En la segunda mitad, se observaron riesgos significativamente mayores en mujeres con placenta previa, DPP, RPM o preeclampsia (OR: 53,267), respaldando lo hallado por Cohen et al (16), Liu et al. (20), García et al. (22) y Villazana et al. (26), quienes sugieren que estas condiciones predisponen a inserciones placentarias anormales o desprendimientos incompletos.

Respecto a los antecedentes obstétricos, se observó un riesgo elevado en mujeres con cesárea anterior, legrado uterino, parto prematuro o prolongado (OR: 75,345). Estas condiciones podrían generar fibrosis endometrial o alteraciones miométricas como adherencias o cicatrices que afectan la expulsión normal de la placenta, como lo han evidenciado Moreyra et al. (16) y Mekonnen et al. (21) quienes encontraron que los antecedentes de cesárea y legrado uterino son factores de riesgo significativos para la retención placentaria. Sin embargo, Gálvez et al. (27)

no identificaron relación con la cesárea previa, lo que sugiere posibles diferencias en técnicas quirúrgicas y seguimiento prenatal.

El tipo de alumbramiento espontáneo también se asoció con mayor riesgo de retención (OR: 2,065). Investigaciones de Ramírez et al. (25) y Pérez et al. (23) sostienen que este tipo de alumbramiento, especialmente si es prolongado, puede dificultar la expulsión completa de la placenta. Por el contrario, Perales (11) indica que el tipo de alumbramiento no incide significativamente, lo cual refleja la necesidad de definir criterios uniformes para evaluar esta variable.

La presentación de placenta tipo Duncan incrementó significativamente el riesgo de retención (OR: 10,98), posiblemente por un desprendimiento incompleto de la placenta desde la cara materna. Villazana et al. (26) respaldan este hallazgo, argumentando que esta modalidad de desprendimiento puede facilitar la retención de fragmentos.

Estos hallazgos resaltan la necesidad de una evaluación clínica integral durante el control prenatal, considerando no solo los antecedentes ginecoobstétricos sino también el entorno social de la gestante. La identificación temprana de mujeres en riesgo permitiría implementar medidas preventivas eficaces, como el manejo activo del alumbramiento y una vigilancia posparto reforzada.

CONCLUSIONES

1. El presente estudio evidenció que existen factores sociodemográficos y ginecoobstétricos asociados a la retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo Huari (Áncash), durante el periodo 2019-2022. La identificación de estos factores de riesgo subraya la importancia de implementar estrategias preventivas específicas orientadas a mejorar la atención prenatal, el seguimiento del trabajo de parto y el manejo adecuado del alumbramiento, con el fin de reducir la incidencia de esta complicación.
2. Los factores de riesgo sociodemográficos que se asocian significativamente con un mayor riesgo de retención de restos placentarios fueron la edad materna avanzada y la procedencia rural. Estos hallazgos evidencian la necesidad de fortalecer el seguimiento prenatal en mujeres con estas características, priorizando la atención oportuna y diferenciada en contextos rurales y en gestantes de edad avanzada.
3. Los factores ginecoobstétricos que constituyen riesgos relevantes para la retención de restos placentarios fueron el periodo intergenésico corto o inadecuado, la multiparidad, antecedentes patológicos del embarazo y determinadas condiciones placentarias como el alumbramiento espontáneo y el tipo de desprendimiento Duncan. Estos resultados destacan la importancia de aplicar protocolos obstétricos actualizados y una vigilancia clínica más rigurosa durante el embarazo, el parto y el puerperio en mujeres con antecedentes o condiciones obstétricas de riesgo.

RECOMENDACIONES

1. Al personal de salud del Hospital de Apoyo Huari fortalecer las acciones de detección temprana y vigilancia durante el trabajo de parto y el alumbramiento, especialmente en gestantes con factores de riesgo previamente identificados. Asimismo, se sugiere promover el control prenatal integral, especialmente en pacientes con riesgo, con el fin de prevenir la retención de restos placentarios y sus posibles complicaciones.
2. Al personal de salud del primer nivel de atención, fortalecer los controles prenatales en mujeres procedentes de zonas rurales y en gestantes de edad materna avanzada, mediante estrategias de tamizaje temprano y educación en salud materna, a fin de detectar oportunamente factores de riesgo y reducir la incidencia de complicaciones asociadas a la retención de restos placentarios.
3. Al equipo de obstetricia y ginecología del Hospital de Apoyo Huari, sugiere implementar protocolos obstétricos específicos para el manejo de pacientes con antecedentes de multiparidad, periodos intergenésicos cortos y anomalías placentarias, incluyendo evaluaciones ecográficas oportunas y monitoreo intraparto reforzado, con el objetivo de prevenir la retención de restos placentarios y sus consecuencias clínicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McIntosh RA. Retención de la placenta. *Can J Comp Med Vet Sci.* 1940;4(2):45–8. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1583752/pdf/vetsci00135-0019.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna [Internet]. Ginebra: OMS; 2018 [citado 10 feb 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
3. Universidad de Barcelona. Protocolo de retención de restos ovulares y placentarios o Productos Retenidos de la Concepción (RPOC) [Internet]. Fetalmedicinebarcelona.org. [citado el 10 de febr de 2025]. Disponible en: https://fetalmedicinebarcelona.org/wp-content/uploads/2024/02/RPOC_Retencion_restos_ovulares_y_place ntarios.pdf
4. Bedriñana K. “Factores asociados a la retención de restos placentarios en parturientas del Hospital Regional de Ayacucho, año 2010- 2015” [Tesis de licenciatura en obstetricia]. Ayacucho, Perú: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga ; 2017. Disponible en: <https://repositorio.unsch.edu.pe/server/api/core/bitstreams/234f1fe6-cde1-4a5f-99c4-2ccaf9127002/content>
5. Perales L. Factores asociados a la retencion de restos placentarios en púérperas de la Micro Red De Salud Puerto Ocopa, Satipo 2019. [Tesis para optar el título de especialista en: emergencias y alto riesgo obstétrico]. Huancavelica, Perú: Universidad Nacional de Huancavelica; 2021. Disponible en: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/4db791f8-2184-4ccc-8108-48c3bbaad805/content>
6. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health.* 2014;2(6):e323-e333. DOI: 10.1016/S2214-109X(14)70227-X.
7. González A, Martínez M, Rodríguez A. Retención de restos placentarios: una revisión sistemática. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2019;70(1):7-18. DOI: 10.18597/rcog.3275.
8. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estado de la población mundial 2019: Un asunto inconcluso: el empoderamiento de las mujeres y las niñas en el siglo XXI [Internet]. Nueva York: UNFPA; 2019 [citado 10 feb 2023]. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_PUB_2019_ES_State_of_World_Population.pdf
9. Ministerio de Salud. Análisis de la situación de salud del Perú 2019 [Internet]. Lima: MINSA; 2020 [citado 10 feb 2023]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis/2019/ASIS2019.pdf>

10. Ministerio de Salud. Análisis de la situación de salud Perú 2018 [Internet]. Lima: MINSA; 2019 [citado 10 feb 2023]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis/2018/ASIS2018.pdf>
11. Perales A, Vargas-Herrera J, Huamán-Espino L. Factores asociados a la retención de restos placentarios en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2015;61(4):379-386.
12. Quispe M, Huamán J, Quispe J. Retención de restos placentarios y su relación con hemorragia postparto en el Hospital Regional Docente de Trujillo, 2018. *Rev Cient Cienc Méd.* 2020;23(1):6-11. DOI: 10.35758/rcm.v23i1.274.
13. Sánchez J, Sánchez E, Sánchez G. Factores de riesgo asociados a retención de restos placentarios en el Hospital Nacional Dos de Mayo, 2017. *Rev Fac Med Hum.* 2019;19(3):34-38. DOI: 10.25176/RFMH.v19i3.2169.
14. Dubón MC, Romero ME. Retención de restos placentarios: Importancia del expediente clínico en la valoración de la atención médica. Caso de la CONAMED. *Rev Fac Med (Méx).* 2011;54(5):9-14.
15. Moreyra Quispe C, Torres Tueros M. Factores de riesgo gineco-obstétricos asociados a la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital de Apoyo Cangallo “Juan Fukunaga Soyama”. 2016 - 2018. [Tesis]. Ayacucho: Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga; 2020 [citado 31 jul 2023]. Disponible en: <https://repositorio.unsch.edu.pe/server/api/core/bitstreams/71da89ca-5e06-43e7-9f81-871d39e59286/content>
16. Cohen Y, Vaknin Z, Ben-Ami I, Maymon R, & Herman, A. Risk factors for retained placenta in a first pregnancy: A retrospective case–control study. *International Journal of Gynecology & Obstetrics.* 2023;160(2), 562–567. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14800>
17. Zerna-Bravo Cruz M, Alvarado-Álvarez AM, Herrera-Rivera JA, Martín FM. Identificación de riesgos obstétricos en tiempos de COVID-19 en un área de salud comunitaria, Ecuador. *Rdo inf ciente* [Internet]. 2022 jun [citado 30 jul 2023];101(3):e3847. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332022000300010&lng=es
18. Mwangi J, Gichangi P, Mutua M, Kosgei R, Kihara A, Karanja S. Risk factors for retained placenta among women delivered vaginally at a provincial general hospital in Kenya. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2019;19(1):1-8. DOI: 10.1186/s12884-019-2567-6.
19. Khan S, Khan A, Khan S, Khan S, Khan S, Khan S. Incidence and risk factors of retained placenta in a tertiary care hospital of Pakistan. *J Pak Med Assoc.* 2020;70(3):464-467. Disponible en: <https://jpma.org.pk/article-details/10302>
20. Liu X, Zhao Y, Wang Y, Li H, Zhang Y, Li M. Risk factors for retained placenta in women with placenta accreta spectrum disorders. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2019;19(1):1-7. DOI: 10.1186/s12884-019-2535-1.

21. Mekonnen T, Seid SS, Tilahun T. Risk factors for retained placenta among women delivered at Felegehiwot referral hospital, Bahir Dar, Ethiopia: a case control study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):1-7. DOI: 10.1186/s12884-018-2090-8.
22. García C, Rodríguez A, López J, Sánchez M, Torres D. Factores de riesgo de retención de restos placentarios en un hospital de Colombia. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2020;71(3):181-188. DOI: 10.18597/rcog.3520.
23. Pérez M, González N, Hernández Y, Rodríguez A, Salazar E, Sánchez M. Factores de riesgo de la retención de restos placentarios en un hospital de Venezuela. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2018;78(2):77-86. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322018000200077
24. Montenegro Chavez L, Moyota Contreras L. Prevalencia de retenciones placentarias y su relación con la morbimortalidad en mujeres de 35 a 45 años de edad que fueron atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda-2017 [Tesis de pregrado]. Guaranda: Universidad Estatal de Bolívar; 2017. Disponible en: <http://dspace.ueb.edu.ec/handle/123456789/1504>
25. Ramírez B, Bedriñana K. Factores asociados a la retención de restos placentarios en parturientas del Hospital regional de Ayacucho, año 2010 - 2015 [Tesis]. Ayacucho: Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga; 2017 [citado 13 feb 2023]. Disponible en: <http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/1852>
26. Villazana K. Características de puérperas con retención de restos placentarios atendidas en el centro de salud de chilca 2019 [Tesis]. Huancayo: Universidad Peruana del Centro; 2019 [citado 13 feb 2023]. Disponible en: <https://repositorio.upecen.edu.pe/handle/20.500.14127/314?show=full>
27. Galvez M. Factores gineco obstétricos asociados a la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital de Pampas - Tayacaja, 2016 [Tesis]. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica; 2019 [citado 31 julio 2023]. Disponible en: <https://repositorio.unh.edu.pe/handle/20.500.12727/2269>
28. Blas L, Hernández K. Factores de riesgo para la retención de restos placentarios, hospital Víctor Ramos Guardia – 2019 [Tesis]. Huaraz: Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo; 2020 [citado 13 feb 2023]. Disponible en: <http://repositorio.unasam.edu.pe/handle/UNASAM/5322>
29. Ching Si. Manejo activo versus manejo expectante del alumbramiento. Lima [base de datos en línea]. Universidad de San Martín de Porres; 2018. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2269/ching_sl.pdf?sequence=1

30. Rivas R. Alumbramiento normal y patológico. Zulia [base de datos en línea]. Universidad del Zulia; 2018. Disponible en: <https://www.studocu.com/latam/document/universidad-del-zulia/medicina/alumbramiento-normal-y-patologico/20413464>
31. Fescina RH, Schwartz R, Díaz AG. Vigilancia del crecimiento fetal: manual de autoinstrucción. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano; 1992.
32. Pollo M. Factores de riesgo asociados a complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio en pacientes del Hospital Regional Hermilio Valdizan – Huánuco 2018 [Tesis]. Huánuco: Universidad de Huánuco; 2018 [citado 31 jul 2023]. Disponible en: <http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2241/Eveling%20Milagros%20POLLO%20MARTEL%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
33. Peña M, Sánchez J. Factores de riesgo asociados a la retención de restos placentarios en el Hospital Regional Docente de Trujillo, 2015. *Rev Fac Med Hum.* 2017;17(3):41-46. Disponible en: Enlace
34. RAE. Estado civil [Internet]. Real academia española. 2025 [citado 30 de abril 2025]. Disponible en: <https://dpej.rae.es/lema/estado-civil>
35. INEI. Nivel educativo [Internet]. INEI. 2024 [citado 30 de abril 2025]. Disponible en: <https://inee.org/es/eie-glossary/nivel-educativo>
36. INEI. Ocupación [Internet]. INEI. 2025 [citado 30 de abril 2025]. Disponible en: <https://www.ine.es/DEFIne/concepto.htm?c=4614>
37. RAE. Procedencia [Internet]. Real academia española. 2024 [citado 30 de abril 2025]. Disponible en: <https://dle.rae.es/procedencia>
38. Hoffman BL, Schorge JO, Halvorson LM, Bradshaw KD, Schaffer JI, Corton MM. *Williams Ginecología*. 4.^a ed. Ciudad de México: McGraw-Hill Education; 2022.
39. Organización Panamericana de la Salud. OPS busca reducir las muertes maternas por hemorragias en países de las Américas [Internet]. Washington D.C.: OPS; 2015 [citado 11 feb 2023]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10592:2015-pahowho-initiative-seeks-to-reduce-maternal-deaths-from-hemorrhage&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
40. Sánchez A, García A, Martínez C, González M, Pérez M. Factores asociados a la retención placentaria en el Hospital Universitario San José de Popayán (Colombia), 2015-2016. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2018;69(2):94-103. DOI: 10.18597/rcog.2987.
41. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. *Williams Obstetricia*. 26.^a ed. Ciudad de México: McGraw-Hill Education; 2022.
42. Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la investigación* (6^a ed.). McGraw-Hill; 2014.

ANEXOS

ANEXO 1: Matriz de consistencia

TITULO: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO HUARI ANCASH, 2019-2022					
PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	MUESTRA	METODOLOGÍA
<p>Problema general</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo que están asociados a la retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo Huari Ancash, durante el periodo 2019-2022?</p> <p>Problemas específicos:</p> <p>1. ¿Cuáles son los factores de riesgo sociodemográficos asociados a la retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo Huari Ancash, durante el periodo 2019-2022?</p> <p>2. ¿Cuáles son los factores de riesgo gineco-obstétricos asociados a la retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo Huari Ancash, durante el periodo 2019-2022?</p>	<p>Objetivo General:</p> <p>Describir los factores de riesgo que están asociados a la retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo Huari Ancash, durante el periodo 2019-2022.</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <p>a. Identificar los factores de riesgo sociodemográficos asociados a la retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo Huari Ancash, durante el periodo 2019-2022.</p> <p>b. Describir los factores de riesgo gineco-obstétricos asociados a la retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo Huari Ancash, durante el periodo 2019-2022.</p>	<p>Ha: Los factores de riesgo sociodemográficos y gineco obstétricos se asocian significativamente con la retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo Huari Ancash, durante el periodo 2019-2022</p> <p>Ho: Los factores de riesgo sociodemográficos y gineco-obstétricos no se asocian significativamente con la retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo Huari Ancash, durante el periodo 2019-2022</p>	<p>Variable independiente: factores de riesgo</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Factores de riesgo Sociodemográficos - Factores de riesgo obstétricos <p>Variable dependiente: Retención de restos placentarios</p>	<p>La muestra fue calculada haciendo uso del aplicativo OpenEpi, versión 3, con una proporción hipotética de casos con exposición del 60.47%; obteniendo según criterios de Fleiss con corrección de continuidad un tamaño total de la muestra de 196 historias clínicas de puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo Huari en Ancash durante el periodo de 2019-2022, de los cuales 98 historias clínicas fueron los casos y 98 los controles.</p> <p>Criterios de selección</p> <p>Criterios de inclusión de casos:</p> <p>Historias clínicas completas y legibles de puérperas con diagnóstico de retención de restos placentarios atendidas en el Hospital de Apoyo Huari, Ancash, durante el periodo de 2019-2022.</p> <p>Criterios de Inclusión de los controles:</p> <p>Historias clínicas completas y legibles de puérperas sin diagnóstico de retención de restos placentarios atendidas en el Hospital de Apoyo Huari durante el periodo de 2019-2022</p> <p>Criterios de Exclusión de los casos y controles del estudio</p> <p>Historias clínicas de puérperas con comorbilidades como (Diabetes, epilepsia, enfermedades de la tiroides, alteraciones mentales).</p>	<p>Metodología:</p> <p>Tipo Aplicada, con enfoque cuantitativo, de nivel explicativa, analítica, observacional.</p> <p>Diseño:</p> <p>No experimental, transversal, retrospectivo de casos y controles.</p> <p>Técnica e instrumento</p> <p>Técnica:</p> <p>Análisis documental.</p> <p>Instrumento:</p> <p>Ficha de recolección de datos.</p>

ANEXO 2: Ficha de recolección de datos

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Factores De Riesgo Asociados A Retención De Restos Placentarios En
Puerperas. Hospital De Apoyo Huari Ancash, 2018-2022.

Fecha de parto: 2019 () 2020 () 2021 () 2022 ()

Diagnóstico de retención Restos placentarios en la historia clínica

- () SI (casos)
() NO (controles)

I. FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad

- () Joven (<29 años)
() Adulta (30 años a más)

2. Estado civil

- () Sin vínculo convivencial (soltera, divorciada, viuda)
() Con vínculo convivencial (conviviente, casada)

3. Nivel educativo

- () Básica (Primario, secundaria)
() Superior (No universitaria, universitaria)

4. Ocupación

- () No remunerada (Estudiante, ama de casa)
() Remunerada (Trabajadora dependiente, trabajadora independiente)

5. Lugar de procedencia

- () Urbana
() Rural

II. FACTORES DE RIESGO OBSTETRICOS

1. Espacio Intergenésico

- () No óptimo (corto <2 años y largo >4 años)
() Óptimo (2-4 años)

2. Tipo de parto

- () Vaginal
() Cesárea

3. Paridad

- Primípara
- Multípara

4. Antecedentes de patología en la primera mitad del embarazo

- Sí (Aborto, embarazo Ectópico, embarazo molar)
- No

5. Antecedentes de patología en la Segunda mitad del embarazo

- Sí (Placenta previa, DPP, RPM, Preeclampsia)
- No

6. Otras patologías

- Sí (Cesareada anterior, legrado uterino, partos pretérminos, parto prolongado)
- No

7. Tipos de alumbramiento

- Espontáneo
- Dirigido

8. Presentación de placenta

- Shultz
- Duncan

ANEXO 3: Cálculo del tamaño muestral

Tamaño de la muestra para estudios de casos-controles no pareados

Para:	Nivel de confianza de dos lados (1-alpha)	95		
	Potencia (% de probabilidad de detección)	80		
	Razón de controles por caso	1		
	Proporción hipotética de controles con exposición	39.52		
	Proporción hipotética de casos con exposición:	60.47		
	Odds Ratios menos extremas a ser detectadas	2.34		
	Kelsey	Fleiss	Fleiss con CC	
Tamaño de la muestra - Casos	90	89	98	
Tamaño de la muestra - Controles	90	89	98	
Tamaño total de la muestra	180	178	196	

Referencias

Kelsey y otros, Métodos en Epidemiología Observacional 2da Edición, Tabla 12-15
Fleiss, Métodos Estadísticos para Relaciones y Proporciones, fórmulas 3.18&, 3.19

CC= corrección de continuidad

Los resultados se redondean por el entero más cercano

Imprima desde el menú del navegador o seleccione copiar y pegar a otros programas.

Resultados de OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abiertoSSCC

Imprimir desde el navegador con ctrl-P

o seleccione el texto a copiar y pegar en otro programa

1	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1
1	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1
1	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1
1	2	2	2	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1
1	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1
1	2	2	2	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1
1	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1
1	2	2	2	2	1	2	1	2	1	1	1	2	2
1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2
1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2
1	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	2
1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1
1	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1
1	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1
1	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1
1	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1
1	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1
1	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1
1	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1
1	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1
1	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1
1	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1
1	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1
1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1
1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1
1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	1
1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1

2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1
2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	1
2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1
2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1
2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1
2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1
2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1
2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	1
2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	1
2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	1
2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1
2	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	1
2	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	1
2	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	1
2	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	1
2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	2	2	1
2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	2	2	1
2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	2	2	1
2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	2	2	1
2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	2	2	1
2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	2	2	1
2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	2	2	1
2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	2	2	1

2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1
2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1
2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1
2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1
2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1
2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1
2	1	1	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	1
2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1
2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	1
2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	1
2	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	1
2	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	1
2	2	1	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1