Universidad Nacional
SAN LUIS GONZAGA

Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

Esta licencia permite a otras combinar, retocar, y crear a partir de su obra de forma no comercial, siempre y cuando den crédito y licencia a nuevas creaciones bajo los mismos términos.

http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0

CONSTANCIA DE EVALUACION DE ORIGINALIDAD

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA

EVALUACION DE ORIGINALIDAD

CONSTANCIA

El que suscribe, deja constancia que se ha realizado el análisis con el software de verificación de similitud al documento cuyo título es:

"Factores de riesgo de retención de restos placentarios en pacientes del Hospital Santa María de Socorro, 2024."

Presentado por:

HUAMAN CESAR, LOIDA ANABEL

ESTUDIANTE del nivel de **PREGRADO** de la Facultad de **MEDICINA HUMANA DAC**. El resultado obtenido es **2%** por el cual se otorga el calificativo de:

APROBADO, según Reglamento de Evaluación de la Originalidad.

Se adjunta al presente el reporte de evaluación con el software de verificación de originalidad.

Observaciones: Se aprueba la **TESIS**, por tener un porcentaje de coincidencias aceptable; acorde al Reglamento.

Ica, 08 de julio del 2025

Universidad Nacional "San luis Gonzaga"
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Dr. Jorge Luis Salcedo Rodríguez
Director de la Unidad de Investigación

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE INVESTIGACION
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DAC

UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA”

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

Facultad De Medicina Humana

“Daniel Alcides Carrión”

TESIS:

“Factores de riesgo de retención de restos placentarios en pacientes del Hospital Santa María de Socorro, 2024.”

Línea de investigación:

SALUD PÚBLICA Y CONSERVACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO

AUTOR:

HUAMAN CESAR, LOIDA ANABEL

ASESOR:

DRA. MEZA LEON JESUS NICOLASA

ICA – PERÚ

2025

Dedicatoria

A mis padres, Georjina y Abdón, por ser mi mayor impulso y motivación en cada paso de este camino.

Y a Dios, por ser la luz que me guía.

Loida Huaman.

Agradecimientos

Agradezco profundamente a Dios por permitirme llegar hasta aquí, por darme fuerzas para seguir adelante y no rendirme en este camino.

A mis padres, Georjina y Abdón, por apoyarme incondicionalmente, por su esfuerzo para darme las herramientas necesarias, por creer en mí y brindarme siempre su amor.

A mi asesora, la Dra. Jesús Nicolasa Meza León, por ser mi guía y por compartir generosamente sus conocimientos para la realización de esta investigación.

A mis revisores por su valioso apoyo, sus sugerencias y su tiempo dedicado a mejorar esta investigación.

A mis docentes, compañeros y a todas las personas que, de una u otra forma, formaron parte de este proceso y contribuyeron a que hoy pueda alcanzar esta meta.

A quien llegó a mi vida en el momento oportuno brindándome calma y confianza en mí misma durante esta etapa desafiante.

ÍNDICE

Índice de contenidos

Dedicatoria ii
ÍNDICE iv
Índice de contenidos iv
Índice de tablas v
Índice de figuras vi
RESUMEN vi
ABSTRACT viii
I. INTRODUCCIÓN 9
II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA 33
2.1 Tipo, nivel y diseño de la Investigación 33
2.2 Población y Muestra 33
2.3 Técnica de recolección de datos 36
2.4 Técnica de procesamiento, análisis e interpretación de datos 37
2.5 Aspectos éticos 38
III. RESULTADOS 39
IV. DISCUSIÓN 49
V. CONCLUSIONES 52
VI. RECOMENDACIONES 53
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 55
VIII. ANEXOS 56
Anexo 1: Resolución Decanal 56
Anexo 2: Solicitud de ejecución de estudio 57
Anexo 3: Instrumento de recolección de información 60
Anexo 5: Operacionalización de variables 64
Anexo 6: Matriz de consistencia 66

Índice de tablas

Tabla 1. Factores epidemiológicos de riesgo de retención de restos placentarios en pacientes del Hospital Santa María de Socorro en el 2024. 39

Tabla 2. Factores gineco-obstétricos de riesgo de retención de restos placentarios en pacientes del Hospital Santa María de Socorro en el 2024. 41

Tabla 3. Factores clínico-patológicos de riesgo de retención de restos placentarios en pacientes del Hospital Santa María de Socorro en el 2024. 42

Tabla 4. Factores de riesgo de retención de restos placentarios en pacientes del Hospital Santa María de Socorro en el 2024.....47

Índice de figuras

Gráfico 1. Distribución porcentual de edad y retención de restos placentarios 40

Gráfico 2. Distribución porcentual de procedencia y retención de restos placentarios 40

Gráfico 3. Distribución porcentual de alcoholismo y retención de restos placentarios 40

Gráfico 4. Distribución porcentual de consumo de drogas y retención de restos placentarios 41

Gráfico 5. Distribución porcentual de primiparidad y retención de restos placentarios 42

Gráfico 6. Distribución porcentual de parto inducido y retención de restos placentarios 42

Gráfico 7. Distribución porcentual de antecedente de placenta previa y retención de restos placentarios 43

Gráfico 8. Distribución porcentual de polihidramnios y retención de restos placentarios 43

Gráfico 9. Distribución porcentual de desprendimiento prematuro de placenta y retención de restos placentarios 43

Gráfico 10. Distribución porcentual de parto prolongado y retención de restos placentarios 44

Gráfico 11. Distribución porcentual de antecedente de legrado uterino y retención de restos placentarios 44

Gráfico 12. Distribución porcentual de diabetes mellitus y retención de restos placentarios 46

Gráfico 13. Distribución porcentual de hipertensión arterial y retención de restos placentarios 46

Gráfico 14. Distribución porcentual de anemia y retención de restos placentarios 46

Gráfico 15. Distribución porcentual de obesidad y retención de restos placentarios 47

Gráfico 16. Distribución porcentual de ITU y retención de restos placentarios 47

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo de retención de restos placentarios en pacientes del Hospital Santa María de Socorro en el 2024.

Metodología: Se desarrollo un estudio cuantitativo, observacional, analítico de casos y controles, con un diseño transversal y retrospectivo. Se estudiaron pacientes que presentaron retención de restos placentarios en el Hospital Santa María del Socorro en el 2024. Se utilizó un muestreo aleatorio simple con 74 casos y 74 controles. Los datos fueron recopilados mediante una ficha estructurada y analizados con SPSS v25.0. Se aplicó la prueba de Chi² de Pearson y se calculó el Odds Ratio con un intervalo de confianza del 95% para evaluar la asociación entre factores de riesgo y complicaciones postoperatorias.

Resultados: El presente estudio evaluó factores epidemiológicos, gineco-obstétricos y clínico-patológicos asociados a la retención de restos placentarios. Se encontró asociación estadísticamente significativa con la procedencia rural (p=0,032), el hecho de no ser primipara (p=0,031) y el antecedente de parto prolongado (p=0,014). No se observaron relaciones significativas con factores clínico-patológicos ni con otras variables epidemiológicas.

Conclusiones: La procedencia rural, el no ser primipara y el antecedente de parto prolongado se identificaron como factores de riesgo significativos para la retención de restos placentarios en pacientes del Hospital Santa María de Socorro en el año 2024.

Palabras claves: *Parto prolongado, Retención de restos placentarios, Factores de riesgo (DeCS).*

ABSTRACT

Objective: To determine the risk factors for retained placental debris in patients at Hospital Santa María de Socorro in 2024.

Methodology: A quantitative, observational, analytical, case-control, retrospective, cross-sectional study was carried out. Patients who presented with retained placental debris at the Hospital Santa María del Socorro in 2024 were studied. Simple random sampling was used with 74 cases and 74 controls. The data were collected by means of a structured form and analyzed with SPSS v25.0. Pearson's Chi² test was applied and the Odds Ratio was calculated with a 95% confidence interval to evaluate the association between risk factors and postoperative complications.

Results: This study evaluated the epidemiological, gynecological-obstetric, and clinical-pathological factors associated with retained placental tissue. A statistically significant association was found with rural origin (p=0.032), not being a primipara (p=0.031), and a history of prolonged labor (p=0.014). No significant relationships were observed with clinical-pathological factors or other epidemiological variables.

Conclusions: Rural origin, multiparity, and history of prolonged labor were identified as significant risk factors for retained placental tissue in patients at Hospital Santa María de Socorro in 2024.

Keywords: *Prolonged labor, Placenta Retention, Risk Factors (MeSH).*

I. INTRODUCCIÓN

La retención de restos placentarios, según la definición de ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists), es una causa secundaria de hemorragia postparto y puede ocurrir cuando restos de la placenta o del tejido fetal permanecen en el útero después del parto, un aborto espontáneo o una interrupción del embarazo. Esta condición puede presentarse en un 3-6% de los partos. Las complicaciones asociadas incluyen sangrado prolongado, infecciones y, en casos graves, hemorragia postparto, lo que puede poner en riesgo la salud de la madre[1] [2].

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a nivel global la retención de restos placentarios representa aproximadamente el 9 % de los casos de hemorragia postparto, esta cifra puede aumentar en partos instrumentales o cesáreas mal manejadas[3].

En el Perú, el Ministerio de Salud (MINSA) reporta una incidencia del 10% de retención de restos placentarios como una de las principales causas de hemorragia posparto[4] [5]. Además, estudios nacionales indican que la incidencia de retencion de restos placentarios puede variar entre 4% y 6%, siendo más frecuente en zonas rurales y en gestantes con escasa atención prenatal.

La retención de restos placentarios es una complicación obstétrica que se manifiesta clínicamente por hemorragia posparto persistente o intermitente, falta de involución uterina, dolor pélvico, fiebre, flujo vaginal con mal olor y, en casos más avanzados, signos de infección como la endometritis. Además, pueden presentarse síntomas generales como fatiga o mareos debido a la pérdida sanguínea prolongada. Ante la aparición de estos signos, se requiere una evaluación médica oportuna para evitar complicaciones maternas[6].

Desde una perspectiva epidemiológica, se ha observado una mayor frecuencia en mujeres adolescentes primigestas, así como en gestantes de edad avanzada, en quienes la contractilidad uterina puede estar comprometida. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha indicado que el acceso limitado a servicios de salud y controles prenatales deficientes son determinantes clave que

incrementan la probabilidad de complicaciones como la retención placentaria, especialmente en áreas rurales o marginadas [7].

Asimismo, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) indica que retencion de restos placentarios pueden aumentar el riesgo de hemorragia postparto en 3,5 veces [8].

A ello se suman factores socioculturales y conductuales: el retraso en la búsqueda de atención médica, la preferencia por partos domiciliarios, y el consumo de sustancias como tabaco o alcohol, los cuales afectan la perfusión placentaria y la funcionalidad del miometrio. Estas variables configuran un panorama complejo que exige intervenciones oportunas y eficaces[9].

La prevención se sustenta en una atención prenatal integral, con énfasis en la detección precoz de factores de riesgo y el manejo obstétrico adecuado. Según la OPS, la implementación del manejo activo del tercer periodo del parto, junto con una vigilancia estricta durante el alumbramiento, puede reducir significativamente la incidencia de esta complicación[10].

Dada la relevancia de esta problemática, la presente investigación tuvo como objetivo determinar “Factores de riesgo de retención de restos placentarios en pacientes del Hospital Santa María de Socorro, 2024.”, con el propósito de contribuir a mejorar las estrategias de prevención y manejo clínico en salud materna.

Antecedentes de investigación

Antecedentes Internacionales

Velebil P et al. (2023), en Polonia, de la investigación titulada “Retained products of conception — a retrospective analysis of 200 cases of surgical procedures for the diagnosis of residua postpartum", es un estudio de tipo retrospectivo y analizó 200 casos en un período de 64 meses. Se encontró que la frecuencia de procedimientos por sospecha de restos retenidos fue del 0.85% de los 23,412 partos registrados. La confirmación histológica de restos (presencia de corion o amnios) ocurrió en el 62% de los casos, siendo más alta

tras remoción manual de placenta (75%) y menor en pacientes post-cesárea (42%). Además, el 30% de las mujeres tenía antecedentes de procedimientos uterinos, lo que mostró una fuerte asociación con la ocurrencia de restos retenidos (Chi² = 80.554, p = 0.0001). Se concluye que, aunque los restos retenidos postparto son infrecuentes (incidencia real del 0.53%), la tasa de falsos positivos es considerable (38%), por lo que se recomienda una evaluación clínica exhaustiva antes de indicar un legrado uterino, sobre todo en pacientes post-cesárea (P 968-971).

Cohen G et al. (2023), en Estados Unidos, de la investigación titulada "Factores de riesgo para la retención placentaria en un primer embarazo". Se llevó a cabo un estudio retrospectivo de casos y controles en un hospital terciario entre 2014 y 2020, incluyendo 10,796 mujeres con parto vaginal único a las 24 semanas de gestación o más. La prevalencia de retención placentaria fue del 4.0% (n=435). Se identificaron nueve factores de riesgo significativos: desprendimiento de placenta (OR ajustado 3.58, IC 95%: 2.36–5.43), trastornos hipertensivos del embarazo (OR 1.74, IC 95%: 1.17–2.57), prematuridad (<37 semanas, OR 1.63, IC 95%: 1.13–2.35), edad materna mayor de 30 años (OR 1.55, IC 95%: 1.27–1.90), fiebre intraparto (OR 1.48, IC 95%: 1.03–2.11), placentación lateral (OR 1.39, IC 95%: 1.01–1.91), administración de oxitocina (OR 1.39, IC 95%: 1.11–1.74), diabetes mellitus (OR 1.35, IC 95%: 1.01–1.79) y sexo femenino del feto (OR 1.26, IC 95%: 1.03–1.53). Se concluyó que la retención placentaria está asociada con alteraciones en la placentación y complicaciones obstétricas, lo que resalta la importancia de la vigilancia en mujeres con estos factores de riesgo para prevenir complicaciones maternas y neonatales (P 196-200).

Orellana R et al. (2021), en Chile, de la investigación titulada "Prevalencia y factores asociados a incidentes y eventos adversos en la maternidad del Hospital San Juan de Dios entre 2021-2022". Se llevó a cabo un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal, con una muestra de 199 puérperas hospitalizadas. Los resultados mostraron que el 23.1% de las pacientes presentaron eventos adversos y el 41.2% incidentes, siendo los factores más prevalentes la multiparidad (70.4%), la obesidad (38.2%), la diabetes gestacional o pregestacional (17.6%) y la cesárea previa (42.2%). Se encontró que la

retención de restos placentarios y la hemorragia postparto fueron complicaciones frecuentes en mujeres con patologías preexistentes. Además, la administración de oxitocina se reportó en el 82.9% de las pacientes, lo que podría influir en la contractilidad uterina y la expulsión placentaria. Se concluyó que los factores de riesgo como obesidad, cesárea previa y multiparidad están fuertemente asociados a eventos adversos obstétricos, incluyendo la retención placentaria, lo que subraya la importancia de un seguimiento riguroso en estas pacientes para evitar complicaciones graves (P 5-11).

Favilli A et al. (2021), en Italia, de la investigación titulada "Factores de riesgo para la retención placentaria no adherente después del parto vaginal: una revisión sistemática". Se llevó a cabo una revisión sistemática de estudios publicados entre 1990 y 2020, utilizando la metodología PRISMA para seleccionar 35 investigaciones relevantes. Los resultados indicaron que la prevalencia de la retención placentaria varió entre 0.5% y 4.8% en los estudios analizados. Entre los factores de riesgo más relevantes se identificaron edad materna avanzada, cesárea previa, inducción del trabajo de parto, antecedente de legrado uterino, placenta lateral, tecnología de reproducción asistida y endometriosis. También se reportaron nuevos factores de riesgo propuestos, como el peso y la morfología placentaria, así como puntuaciones bajas de Apgar. Se concluyó que, si bien existen datos consistentes sobre algunos factores de riesgo, aún se requieren estudios prospectivos bien diseñados para establecer con mayor certeza los mecanismos fisiopatológicos y estrategias de prevención para esta condición (P 2-11).

Perlman N et al. (2019), en Estados Unidos, de la investigación titulada "Retención placentaria después del parto vaginal: factores de riesgo y manejo". Se llevó a cabo un estudio retrospectivo en el que se determinó que la retención placentaria afecta aproximadamente entre 1% y 3% de los partos vaginales. Entre los factores de riesgo más relevantes se encontraron el uso prolongado de oxitocina (hasta 415 minutos, lo que incrementó el riesgo en 6.5 veces), la multiparidad, el antecedente de cirugía uterina y el uso de técnicas de reproducción asistida. Asimismo, se observó que la retención placentaria es la segunda causa principal de hemorragia postparto, con un aumento significativo

en la necesidad de transfusión sanguínea y manejo quirúrgico. Se concluyó que la identificación temprana de estos factores de riesgo permite optimizar el manejo clínico y reducir complicaciones graves como la hemorragia masiva y la histerectomía de emergencia (P 527-533).

Antecedentes Nacionales

Ccalla R. Arizaca L (2023), en Juliaca-Perú, realizaron un estudio titulado "Factores individuales y obstétricos asociados a hemorragia posparto en mujeres atendidas en un Hospital de Juliaca". Se llevó a cabo un estudio cuantitativo, no experimental y correlacional, con una muestra de 101 mujeres puérperas atendidas entre julio y diciembre de 2022. Los resultados indicaron que el 51.1% presentó hemorragia posparto primaria, mientras que el 7.7% presentó hemorragia secundaria. Factores como la retención de restos placentarios (76.5%), anemia leve (70.6%), desgarro genital de primer grado (52.9%) y falta de controles prenatales (52.8%) mostraron una asociación significativa con la hemorragia posparto. Se concluyó que estos factores obstétricos tienen una incidencia directa en la hemorragia posparto, subrayando la importancia de una atención prenatal adecuada y el manejo obstétrico oportuno para reducir esta complicación (P 41-57).

Valdez R (2023), en Tacna-Perú, realizó un estudio "Hemorragia post parto por retención placentaria en centro de salud". El estudio utilizó una metodología descriptiva, donde se halló que los factores de riesgo identificados incluyeron la edad materna, el origen en una zona rural, el estado civil y la condición de multípara. Se concluye que se debe tener en cuenta los factores asociados a la retención de restos de placenta para evitar complicaciones como la hemorragia post parta (P 27-41).

Perales L (2021), en Huancavelica- Perú, realizó un estudio titulado "Factores asociados a la retención de restos placentarios en puérperas de la Micro Red de Salud Puerto Ocopa, Satipo 2019**"**. Se utilizó un diseño de caso-control, trabajando con 51 casos de retención de restos placentarios y 102 controles. Entre los resultados, se encontró que el parto pretérmino fue un factor significativamente asociado, con un Odds Ratio (OR) de 2.09 y un intervalo de

confianza (IC) del 95% (1.17-3.75), mientras que factores como la edad extrema, multiparidad, antecedente de legrado uterino, parto prolongado, cesárea previa y espacio intergenésico corto no mostraron asociación estadística significativa ($p > 0.05$). Se concluyó que el parto pretérmino aumenta 2.1 veces el riesgo de retención placentaria, destacando la importancia de prevenir nacimientos prematuros para reducir esta complicación (P 39-54).

Moreyra C. Torres M (2019) en Ayacucho - Perú, realizaron un estudio titulado "Factores de riesgo gineco-obstétricos asociados a la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital de Apoyo Cangallo 'Juan Fukunaga Soyama'. 2016 - 2018". Se trató de un estudio analítico de caso-control, retrospectivo, con 120 participantes. Los resultados indicaron que la incidencia de retención de restos placentarios fue del 32%. Factores como antecedente de aborto (OR: 6.1), antecedente de cesárea (OR: 4.3) y alumbramiento prolongado (OR: 4.5) mostraron una relación estadísticamente significativa ($p<0.05$). Se concluyó que estos factores aumentan significativamente el riesgo de retención placentaria, destacando la importancia de un manejo obstétrico adecuado para prevenir esta complicación (P 49-75).

Negreiros R (2018), en Huamachuco - Perú, realizó un estudio titulado "Multiparidad, antecedentes de legrado uterino, parto prolongado y cesárea previa como factores de riesgo asociados a retención placentaria en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco – La Libertad, 2015 al 2016". El estudio fue de casos y controles, con 40 casos de retención placentaria y 40 controles. Los resultados mostraron que la multiparidad fue un factor de riesgo significativo con un OR=1.444, al igual que el parto prolongado con un OR=1.80. En contraste, el antecedente de legrado uterino (OR=0.16) y la cesárea previa (OR=0.145) no fueron considerados factores de riesgo significativos. Se concluyó que la multiparidad y el parto prolongado están asociados a un mayor riesgo de retención placentaria, destacando la necesidad de atención obstétrica adecuada para prevenir esta complicación (P 31-39).

Antecedentes Locales

Rojas C. De La Cruz M (2021), en Ica-Perú, realizaron un estudio titulado "Relación entre alumbramiento incompleto y factores obstétricos en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2019". Este estudio fue cuantitativo, descriptivo y de diseño no experimental, analizando una muestra de 51 gestantes con alumbramiento incompleto. Los resultados indicaron que el 60.8% de los casos correspondieron a retención de membranas y el 39.2% a retención placentaria. Los factores de riesgo más significativos fueron la multiparidad (76.5%), el antecedente de legrado uterino (51%) y el antecedente de cesárea (41.2%). Se concluyó que existe una relación significativa entre el alumbramiento incompleto y factores como la multiparidad y el legrado uterino, destacando la necesidad de un manejo obstétrico adecuado (P 42-51).

Eneque F (2021), en Ica-Perú, realizaron un estudio titulado ¨Complicaciones materno - perinatales asociados a la ruptura de membranas en gestantes atendidas en el hospital regional de Ica de enero a diciembre del 2019¨. Este estudio observacional, transversal, retrospectivo y analítico, con diseño de casos y controles, incluyó a 95 gestantes con rotura prematura de membranas (RPM) y 95 sin RPM. Los resultados mostraron que la frecuencia de retención de restos placentarios fue de 4.2%, parto pretérmino 10.5%, sufrimiento fetal agudo 4.7% y corioamnionitis 5.3%. Hubo una mayor prevalencia de estas complicaciones en el grupo con RPM: retención de restos placentarios (7.4% vs. 1.1%), parto pretérmino (16.8% vs. 4.2%), sufrimiento fetal agudo (8.4% vs. 1.1%) y corioamnionitis (9.5% vs. 1.1%). Se concluye que la rotura prematura de membranas incrementa la probabilidad de presentar retención de restos placentarios en 7.5 veces, parto pretérmino en 4.6 veces, sufrimiento fetal agudo en 8.6 veces y corioamnionitis en 9.8 veces (PAG 45-60).

Hernandez J (2024), en Ica-Peru , realizaron un estudio titulado ¨Relación entre alumbramiento incompleto y factores obstétricos en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022¨ Este fue un estudio observacional, retrospectivo, transversal y de nivel relacional, con diseño no experimental. Se trabajó con una muestra de 85 casos de alumbramiento incompleto mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Los

resultados mostraron que el 96.8% de las gestantes eran multíparas (2 a 5 hijos), el 54.1% presentó antecedentes de legrado uterino y el 37.6% antecedentes de cesárea. En cuanto al aborto incompleto tenemos que el 71.8% presento retención de membranas y el 28.2% retención de placenta. Se halló una relación significativa entre el alumbramiento incompleto y los factores obstétricos: multiparidad (p=0.002), antecedentes de legrado uterino (p=0.013) y antecedentes de cesárea (p=0.014). Se concluye que existe relación significativa entre el alumbramiento incompleto y dichos factores obstétricos(PAG 55-60).

Marco Teórico

A- Parto

El parto es un proceso fisiológico complejo mediante el cual culmina el embarazo con la expulsión del feto, la placenta, el cordón umbilical y las membranas a través del canal del parto. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), este evento suele ocurrir entre la semana 37 y la semana 42 de gestación y constituye una transición fundamental para la madre y el recién nacido. La OMS lo describe como un fenómeno natural, pero que debe ser monitorizado cuidadosamente para garantizar la seguridad de ambos, ya que puede presentar complicaciones si no se maneja de manera adecuada[11].

B- Tipos de Parto

- **Parto distócico por cesárea**

  Es una intervención quirúrgica que se realiza cuando existen complicaciones que impiden un parto vaginal seguro para la madre o el feto. Se considera una vía de nacimiento alternativa, en la que se realiza una incisión en la pared abdominal y uterina para extraer al recién nacido[12].

- **Parto eutócico o normal**

  Es aquel que se desarrolla de forma espontánea, sin complicaciones y por vía vaginal, siendo considerado el tipo ideal de nacimiento. Este

proceso fisiológico se da cuando la madre y el feto están en condiciones óptimas, con una presentación cefálica, dinámica uterina adecuada y sin la necesidad de intervenciones quirúrgicas o instrumentales[13].

C- Periodos del trabajo de parto son 3:

- **Periodo de Dilatación**

  La dilatación es la primera etapa del trabajo de parto y consiste en la apertura progresiva del cuello uterino para permitir el paso del feto hacia el canal del parto. Este proceso se inicia con contracciones uterinas regulares y efectivas que provocan el acortamiento (borramiento) y la apertura del cérvix, desde 0 hasta 10 centímetros. Se divide en una fase latente, donde la dilatación avanza lentamente (hasta los 4-6 cm), y una fase activa, donde el progreso es más rápido y continuo. Es un periodo que puede durar varias horas, especialmente en primigestas, y se acompaña de dolor abdominal tipo cólico, que aumenta en frecuencia e intensidad[14].

- **Periodo de Expulsión**

  La expulsión es la segunda etapa del parto y se caracteriza por el descenso y la salida del feto a través del canal vaginal. Inicia cuando la dilatación cervical ha alcanzado los 10 centímetros y finaliza con el nacimiento del bebé. Durante esta fase, las contracciones se vuelven más intensas y frecuentes, y la madre participa activamente realizando pujos coordinados con cada contracción. La presentación más habitual es la cefálica (cabeza del bebé primero), y su correcto encajamiento facilita una expulsión segura. Es una fase crucial que requiere vigilancia continua del bienestar fetal y la adecuada asistencia del personal de salud[15].

- **Periodo de Alumbramiento**

Es la tercera y última etapa del parto, y consiste en la expulsión de la placenta y las membranas fetales tras el nacimiento del bebé. Este

proceso se divide en varios momentos: primero ocurre el desprendimiento de la placenta, que puede seguir dos mecanismos clásicos: el de Baudelocque-Schultze, donde el desprendimiento inicia en el centro placentario y la cara fetal sale primero, o el de Duncan, donde el desprendimiento comienza en uno de los bordes y la cara materna es la primera en salir, generalmente acompañado de un mayor sangrado. Posteriormente, se produce el desprendimiento de las membranas, seguido del descenso de la placenta a través del canal del parto, hasta su expulsión completa. Esta fase dura entre 5 y 30 minutos y es fundamental vigilar que la placenta y las membranas se eliminen por completo para evitar complicaciones como la hemorragia postparto o la retención placentaria[16]**.** La OMS y la FIGO establecen que, idealmente, esta etapa no debe durar más de 30 minutos bajo manejo activo del alumbramiento, ya que un tiempo prolongado se asocia a complicaciones como la retención placentaria y la hemorragia posparto[17].

D- Hemorragia postparto

Pérdida sanguínea mayor de 500 cc consecutiva a la expulsión de la placenta durante las primeras 24 horas después del parto vía vaginal o más de 1000 cc por cesárea[5].

- **Hemorragia posparto inmediata**

  La hemorragia posparto inmediata se presenta dentro de las primeras 24 horas tras el nacimiento y es una de las emergencias obstétricas más comunes. Las causas más frecuentes se resumen en las conocidas "4 T": tono, que corresponde a la atonía uterina y representa la causa principal al producirse una falta de contracción del útero; trauma, que incluye desgarros del canal del parto, útero o cérvix; tejido, que hace referencia a la retención de restos placentarios o de membranas; y trastornos de la hemostasia, es decir, alteraciones en la coagulación sanguínea, ya sean adquiridas o hereditarias. Estas condiciones pueden presentarse solas o en combinación,

aumentando el riesgo de sangrado severo y sus complicaciones si no se tratan de forma oportuna[18].

- **Hemorragia posparto tardía**

  Por otro lado, la hemorragia posparto tardía ocurre después de las 24 horas del parto y hasta las 6 semanas del puerperio. Sus causas principales incluyen la retención de restos placentarios, infecciones uterinas (endometritis), subinvolución uterina o trastornos de la coagulación no detectados previamente. Aunque menos común que la forma inmediata, esta también puede poner en riesgo la vida de la madre si no se diagnostica y trata adecuadamente. Es esencial la vigilancia clínica durante el puerperio y la educación de la paciente sobre signos de alarma como sangrado abundante, mal olor en los loquios o fiebre persistente[19].

Retención de restos placentarios

La retención de restos placentarios es una complicación obstétrica que puede presentarse en hemorragias puerperales tanto inmediatas como tardías. Se caracteriza por la permanencia de fragmentos de la placenta o membranas en el útero tras el parto vaginal o cesárea, lo que impide una adecuada involución uterina. Generalmente, no se retiene la placenta en su totalidad, sino uno o varios cotiledones[20].

Esta condición suele estar asociada a maniobras intempestivas durante el alumbramiento, como la aplicación excesiva de presión sobre el útero (expresión uterina forzada) o tracción inadecuada del cordón umbilical. También puede estar relacionada con la presencia de cotiledones aberrantes o adherencias anormales que aumentan el riesgo de retención de restos placentarios y hemorragia posparto[21].

Según el Williams de Obstetricia[22], la retención de restos placentarios se considera una causa importante de hemorragia posparto y ocurre cuando la placenta no es expulsada completa y espontáneamente dentro de los 30

minutos posteriores al parto y quedan remanentes en la cavidad uterina tras la expulsión parcial.

Por su parte, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) [23]clasifica la retención de restos placentarios como una de las principales causas de hemorragia posparto, junto con la atonía uterina, las lesiones del canal de parto y los trastornos de la coagulación.

a. Factores predisponentes

- **Factores epidemiológicos**

  - A medida que aumenta la edad, pueden presentarse alteraciones en la contractilidad uterina, una menor respuesta a las prostaglandinas y un mayor riesgo de anormalidades en la implantación placentaria, lo cual dificulta el desprendimiento completo de la placenta tras el parto, retención de restos placentarios se produce cuando fragmentos del tejido placentario permanecen adheridos al endometrio, ya sea por una inserción anómala (como placenta acreta) o por una involución uterina inadecuada, lo que puede generar hemorragias posparto, infecciones y retraso en la recuperación uterina[24].

  - La nicotina induce vasoconstricción y disminuyen la oxigenación del tejido placentario, lo que puede alterar la implantación y favorecer una adherencia anormal de la placenta. Además, el tabaquismo se relaciona con cambios en la estructura del trofoblasto y una respuesta inflamatoria alterada, lo que dificulta el desprendimiento completo de la placenta tras el parto[25].

  - El alcohol afecta negativamente la angiogénesis y el desarrollo placentario, favoreciendo implantaciones anómalas o una inserción más profunda del tejido placentario, lo que dificulta su desprendimiento completo tras el parto, estos cambios

fisiopatológicos incrementan el riesgo de retención placentaria, hemorragias posparto e infecciones, convirtiendo al alcoholismo en un factor de riesgo evitable de gran importancia en el manejo obstétrico[26].

- El uso de drogas en el embarazo puede generar un mayor riesgo de retención de restos placentarios, debido a sus efectos vasoconstrictores y tóxicos sobre el sistema uteroplacentario, estas sustancias alteran el flujo sanguíneo placentario, afectan la implantación y favorecen una placentación anómala que dificultan el desprendimiento normal del tejido placentario tras el parto[27].

- **Factores gineco – obstétricos**

  - La hecho de no ser primípara es un factor predisponente para la retención de restos placentarios debido a inexperiencia fisiológica del útero en los procesos de trabajo de parto y expulsión placentaria, en las primíparas, la contractilidad uterina puede ser menos eficiente, lo que dificulta el desprendimiento completo de la placenta tras el alumbramiento. Además, en estos casos, pueden existir mayores probabilidades de disfunción del tercer periodo del parto, especialmente si se prolonga o se maneja inadecuadamente[28].

  - La placenta previa puede llegar a ser un factor asociado a la retención placentaria debido a su implantación anormal en el segmento uterino inferior, una zona menos contráctil que el fondo uterino, lo que dificulta el desprendimiento completo de la placenta tras el parto. Esta localización anómala también puede estar relacionada con una invasión más profunda del trofoblasto en el miometrio, favoreciendo trastornos como la placenta acreta, increta o percreta, que incrementan la posibilidad de que queden fragmentos placentarios adheridos al endometrio[29].

  - En relación con el polihidramnios, esta complicación se

caracteriza por un exceso de líquido amniótico, esta distensión excesiva compromete la contractilidad adecuada del miometrio durante el tercer período del parto, dificultando el desprendimiento y la expulsión completa de la placenta[30].

- El desprendimiento prematuro de placenta puede causar la separación anómala y prematura de la placenta de la pared uterina antes del nacimiento del feto, ya que la formación de hematomas retro placentarios compromete la irrigación y la integridad del tejido placentario, lo que puede favorecer zonas de necrosis o adherencias firmes al miometrio[31].

- **Factores clínico – patológicos**

  - La diabetes mellitus es generado por la hiperglucemia, que puede afectar negativamente la contractilidad uterina, dificultando el alumbramiento completo de la placenta. Estas alteraciones fisiopatológicas aumentan la probabilidad de que fragmentos placentarios permanezcan retenidos tras el parto, lo que puede derivar en hemorragias posparto, infecciones y sub involución uterina[32].

  - La hipertensión arterial en el embarazo se asocia con alteraciones en la perfusión uteroplacentaria, estas condiciones dificultan el desprendimiento completo del tejido placentario tras el parto, incrementando el riesgo de retención de restos; además, la vasoconstricción de los trastornos hipertensivos afecta la contracción uterina, lo que contribuye aún más a esta complicación[33].

  - En relación a la anemia, esta genera hipoxia tisular, lo que disminuye la capacidad contráctil del miometrio durante el alumbramiento, dificultando la expulsión completa de la placenta; esta falta de contracción efectiva favorece que fragmentos placentarios queden retenidos en la cavidad uterina[34].

- El exceso de tejido adiposo interfiere con la sensibilidad del miometrio a la oxitocina, reduciendo la eficacia de las contracciones uterinas necesarias para el desprendimiento y expulsión completa de la placenta. Además, la obesidad suele estar acompañada de inflamación crónica de bajo grado y disfunción endotelial, factores que pueden comprometer la vascularización y el proceso normal de desprendimiento placentario[24].

b. Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas suelen incluir hemorragia uterina persistente o intermitente tras el parto, loquios fétidos, subinvolución uterina, dolor pélvico y, en algunos casos, fiebre o signos de infección. Ante la sospecha, se debe realizar una evaluación clínica y ecográfica para confirmar la presencia de restos. El tratamiento depende de la severidad del caso; en situaciones leves, se puede optar por manejo médico con uterotónicos y antibióticos si hay signos de infección. En casos más severos, el tratamiento estándar es el legrado uterino, procedimiento que permite evacuar el contenido retenido. Una intervención oportuna previene complicaciones como anemia, endometritis, sepsis o incluso necesidad de histerectomía[35].

c. Tratamiento

Se centra en la evacuación uterina para prevenir complicaciones como hemorragias e infecciones. Inicialmente, se puede intentar la administración de agentes uterotónicos, como la oxitocina o las prostaglandinas, para estimular las contracciones uterinas y facilitar la expulsión de los restos. Si estos métodos no son efectivos, se procede a una evacuación manual bajo anestesia o a un legrado uterino instrumental, utilizando curetas o aspiración para remover el tejido retenido[36].

En casos más complejos, como en presencia de placenta acreta, puede ser necesaria una intervención quirúrgica más invasiva, incluyendo histerectomía. Además, se recomienda el uso profiláctico o

terapéutico de antibióticos para prevenir infecciones uterinas, y en algunos casos, el monitoreo continuo mediante ultrasonografía para evaluar la resolución completa del problema [37].

d. Complicaciones

Entre las más frecuentes se encuentran el shock hipovolémico, que ocurre por la pérdida masiva de sangre y puede comprometer el funcionamiento de órganos vitales; la anemia aguda, que debilita a la madre e impide una adecuada recuperación postparto; la coagulación intravascular diseminada (CID), una alteración grave de la coagulación; y la insuficiencia multiorgánica, en casos extremos [38].

e. Prevención

La prevención de la retención de restos placentario, una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna, se basa en la implementación del manejo activo del tercer periodo del parto; este incluye la administración profiláctica de uterotónicos, como la oxitocina inmediatamente después del nacimiento del bebé, el pinzamiento y corte oportuno del cordón umbilical, y la tracción controlada del mismo para facilitar la expulsión de la placenta [39].

Además, se basa en una adecuada atención prenatal y postnatal que permita identificar y manejar oportunamente los factores de riesgo asociados. Durante el embarazo, es esencial realizar un monitoreo riguroso de condiciones como placenta previa, hipertensión, anemia y diabetes mellitus, así como promover el control del peso y evitar hábitos perjudiciales como el tabaquismo y el consumo de alcohol[40].

La atención de calidad durante el parto debe ser oportuna, segura, humanizada y centrada en la mujer, garantizando el respeto a sus derechos, dignidad y autonomía. Implica la vigilancia continua del bienestar materno y fetal, el cumplimiento de protocolos clínicos basados en evidencia, y la intervención adecuada ante cualquier complicación, por otro lado, el personal de salud debe actuar con competencia, empatía y comunicación efectiva, asegurando un

entorno limpio, seguro , acogedor y que cumpla con cada etapa del proceso , reduciendo la morbimortalidad materna y perinatal[41].

Marco conceptual

- **Restos placentarios**: Se refiere a fragmentos de placenta, membranas o tejidos fetales que permanecen dentro del útero después del alumbramiento, se considera retención de restos placentarios cuando la placenta no ha sido expulsada del útero pasados 30 minutos tras un parto vaginal manejado activamente, o 60 minutos en un manejo fisiológico del alumbramiento[42].
- **Factores de riesgo:** Atributos, características o exposiciones de un individuo que aumentan la probabilidad de desarrollar una enfermedad o evento adverso de salud[43].
- **Pacientes puérperas:** Mujeres en el periodo inmediatamente posterior al parto (puerperio), que dura aproximadamente seis semanas y durante las cuales el cuerpo materno retorna gradualmente al estado pregestacional[44].
- **Edad materna:** Años cumplidos por una mujer al momento del embarazo. Tanto la edad temprana (adolescente) como la avanzada (≥ 35 años) se asocian con mayor riesgo de complicaciones obstétricas como preeclampsia, diabetes gestacional y parto prematuro[44].
- **Tabaquismo:** Consumo de tabaco durante la gestación, vinculado a alteraciones en la perfusión placentaria, contracción uterina ineficaz y mayor riesgo de desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, parto prematuro y muerte fetal[45].
- **Alcoholismo:** Consumo excesivo de alcohol durante la gestación, vinculado a consecuencias negativas como insuficiencia placentaria, atonía uterina y retención placentaria[46].
- **Primiparidad:** Condición gineco-obstétrica que describe a las mujeres que experimentan su primer embarazo, asociada a mayor riesgo de retención placentaria por inexperiencia del miometrio en los procesos de alumbramiento[47].
- **Parto inducido:** Procedimiento gineco-obstétrico que utiliza métodos

farmacológicos o mecánicos para iniciar el trabajo de parto, con mayor incidencia de complicaciones como retención placentaria por alteraciones en la dinámica uterina[48].

- **Parto prolongado:** Es aquel tiempo que se excede al esperado en relación con el parto normal, en lo cual se puede prolongar la fase latente del trabajo de parto más de 20 horas nulíparas y más de 14 horas multíparas ; o la fase activa que se extiende más de 8 horas en primíparas y 5 horas en multíparas aproximadamente ; o la segunda etapa del parto que se considera prolongada cuando supera 2 horas en nulíparas y 1 hora en multíparas[49].

- **Legrado uterino:** Es un procedimiento ginecológico que consiste en la extracción de tejido del endometrio mediante un instrumento llamado legra[50].

- **Diabetes mellitus:** Enfermedad clínica que altera la perfusión placentaria y la contractilidad uterina, predisponiendo a complicaciones como insuficiencia placentaria, macrosomía fetal y retención placentaria[32].

- **Hipertensión arterial:** Condición clínica que afecta la perfusión uteroplacentaria, aumentando el riesgo de placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y retención placentaria por insuficiencia placentaria o atonía uterina[33].

- **Anemia:** Condición clínica caracterizada por bajos niveles de hemoglobina, que compromete la contractilidad uterina y favorece la retención de restos placentarios por ineficacia en el alumbramiento[34].

Planteamiento del problema

A nivel mundial, la retención de restos placentarios representa una de las causas secundarias más frecuentes de hemorragia postparto, con una incidencia estimada entre el 3% y el 6% de los partos[2]. Esta condición se define como la permanencia parcial o total del tejido placentario o de las membranas dentro de

la cavidad uterina tras el alumbramiento[51]. Su presencia compromete seriamente la salud materna, pudiendo desencadenar complicaciones como hemorragia postparto tardía, endometritis, sepsis e incluso infertilidad secundaria.En Indonesia, la relación entre la edad y la incidencia de retención de restos placentarios mostró una asociación estadísticamente significativa. Asimismo, se encontró una relación significativa entre la paridad y la retención placentaria [52].En otro estudio en Estados Unidos, La retención placentaria tuvo una prevalencia, siendo los principales factores de riesgo: desprendimiento de placenta, trastornos hipertensivos , prematuridad, edad materna >30 años , y fiebre intraparto[53]. En Italia, se mostró la prevalencia de la retención placentaria en los estudios revisados .Los factores de riesgo más destacados incluyeron la edad materna avanzada, antecedentes de cesárea previa, inducción del trabajo de parto, historial de legrado uterino, placenta con implantación lateral, uso de tecnología de reproducción asistida y la presencia de endometriosis, evidenciando la influencia de condiciones obstétricas y ginecológicas en esta complicación[54].

En América Latina, a pesar de avances en cobertura prenatal y en la implementación de protocolos de manejo activo del alumbramiento, persisten barreras estructurales, sobre todo en zonas rurales o con acceso limitado a servicios obstétricos especializados. Los informes regionales muestran que los casos de retención de restos placentarios están frecuentemente relacionados con factores como la atención obstétrica deficiente, la escasa supervisión del alumbramiento y la falta de capacitación del personal de salud. En Chile, las complicaciones más frecuentes destacaron la retención de restos placentarios y la hemorragia postparto, especialmente en mujeres con patologías preexistentes[55]. En Brasil, la atonía uterina fue la causa más frecuente, presente en hasta el 85% de los casos, seguida por retención placentaria y endometritis, también se identificó una asociación significativa entre membranas incompletas y aumento del sangrado[56].

En el contexto peruano, diversos estudios han reportado que la incidencia de retención de restos placentarios varía entre el 4 % y el 6 %, con mayor frecuencia en gestantes sin control prenatal adecuado, en zonas rurales y en partos

institucionales mal supervisados. En la región de Moquegua, se evidenció que la mortalidad materna asociada a la retención de restos placentarios alcanza una tasa preocupante de 68 por cada 100,000 nacidos vivos[57]. En Huamanchumo, en un estudio, se evidenció que la multiparidad representó un factor de riesgo significativo, al igual que el parto prolongado. En contraste, los antecedentes de legrado uterino y cesárea previa no mostraron una asociación estadísticamente significativa como factores de riesgo, sugiriendo que su influencia en la retención de restos placentarios es limitada[58]. En Huancavelica, se observó que el parto pretérmino se identificó como un factor de riesgo significativo[59].

La retención de restos placentarios, si no se identifica y trata a tiempo, puede derivar en complicaciones inmediatas como hemorragia postparto y shock hipovolémico, así como efectos a largo plazo como infecciones uterinas crónicas, necesidad de intervenciones quirúrgicas y riesgo aumentado de infertilidad. Además, implica un aumento en los costos hospitalarios, uso de antibióticos y mayor tiempo de hospitalización.Frente a esta realidad, resulta indispensable identificar los factores asociados a esta complicación obstétrica en contextos locales específicos. El presente estudio busca aportar evidencia científica que permita mejorar los protocolos de manejo del alumbramiento, fortalecer la vigilancia clínica en la tercera etapa del parto y reducir las complicaciones maternas.

Formulación del problema

Problema General

¿Cuáles son los factores de riesgo de retención de restos placentarios en pacientes del Hospital Santa María de Socorro en el 2024?

Problemas Específicos

- ¿Cuáles son los factores epidemiológicos de riesgo de retención de restos placentarios en pacientes del Hospital Santa María de Socorro en el 2024?

- ¿Cuáles son los factores gineco-obstétricos de riesgo de retención de restos placentarios en pacientes del Hospital Santa María de Socorro en el 2024?

- ¿Cuáles son los factores clínico-patológicos de riesgo de retención de restos placentarios en pacientes del Hospital Santa María de Socorro en el 2024?

Justificación de la investigación

Justificación: La justificación teórica de este estudio se basó en la necesidad de comprender la retención de restos placentarios como una complicación obstétrica grave que puede provocar hemorragias postparto, infecciones uterinas, infertilidad o incluso muerte materna en los casos más extremos. Aunque se ha avanzado en el conocimiento general sobre esta complicación, persisten vacíos importantes en cuanto a los factores específicos que la predisponen, especialmente en contextos particulares como el del Hospital Santa María del Socorro. Por lo que identificar estos factores de riesgo contribuyó a un mejor entendimiento de la condición y a la formulación de estrategias preventivas.

Desde la perspectiva práctica, la identificación de los factores de riesgo epidemiológicos, gineco-obstétricos y clínico-patológicos involucrados en la retención de restos placentarios fueron cruciales para implementar medidas eficaces de prevención y tratamiento en el Hospital Santa María del Socorro. La población atendida enfrenta desafíos como el acceso limitado a controles prenatales y factores socioeconómicos que pueden aumentar el riesgo de complicaciones obstétricas. Al conocer mejor los factores específicos que predisponen a la retención de restos placentarios, se podrán diseñar intervenciones más efectivas para reducir las tasas de complicaciones y mejorar la calidad de la atención obstétrica.

Metodológicamente, este estudio se centró en la recolección y análisis de datos, incluyendo variables epidemiológicas, gineco-obstétricas y clínico-patológicas, para identificar los factores de riesgo de la retención de restos placentarios. El

enfoque metodológico utilizado permitió obtener datos precisos sobre las características y condiciones que favorecen la aparición de esta complicación, lo que resultará en una base sólida para la implementación de medidas preventivas y correctivas más focalizadas.

Finalmente, la justificación social se encuentra en la importancia de reducir las complicaciones asociadas con la retención de restos placentarios, que no solo afectan la salud materna, sino también el bienestar social y económico de las mujeres y sus familias. Las consecuencias de esta complicación, como la infertilidad o la muerte materna, generan un impacto profundo tanto a nivel personal como comunitario. Al identificar los factores de riesgo y aplicar medidas preventivas, este estudio contribuyó a mejorar la salud de las gestantes y a fortalecer la seguridad en la atención obstétrica, beneficiando a la comunidad en su conjunto.

Importancia: Este estudio generará información clave sobre los factores que aumentan el riesgo de retención de restos placentarios, permitiendo identificar a las pacientes más vulnerables y optimizar los protocolos de prevención y manejo. Los hallazgos serán de gran utilidad para el personal médico y obstétrico, al facilitar la toma de decisiones basadas en evidencia y mejorar la atención clínica. Las principales beneficiarias serán las gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, quienes recibirán una atención más segura y efectiva. Además, los resultados contribuirán a reducir las complicaciones derivadas de esta condición, lo que impactará positivamente en la salud materna. A largo plazo, este estudio servirá como base para mejorar las estrategias de salud pública enfocadas en prevenir estas complicaciones, beneficiando a la población y al sistema de salud en general.

Objetivos de investigación

Objetivo General

Determinar los factores de riesgo de retención de restos placentarios en pacientes del Hospital Santa María de Socorro en el 2024.

Objetivos Específicos

- Determinar los factores epidemiológicos de riesgo de retención de restos placentarios en pacientes del Hospital Santa María de Socorro en el 2024.
- Establecer los factores gineco-obstétricos de riesgo de retención de restos placentarios en pacientes del Hospital Santa María de Socorro en el 2024.
- Identificar los factores clínico-patológicos de riesgo de retención de restos placentarios en pacientes del Hospital Santa María de Socorro en el 2024.

Hipótesis de la investigación

Hipótesis de la investigación

Hipótesis general

H1: Existen factores de riesgo de retención de restos placentarios en pacientes del Hospital Santa María de Socorro en el 2024.

H0 No existen factores de riesgo de retención de restos placentarios en pacientes del Hospital Santa María de Socorro en el 2024.

Hipótesis específicas

Hipótesis específica 1

H1: Existen factores epidemiológicos de riesgo de retención de restos placentarios en pacientes del Hospital Santa María de Socorro en el 2024.

H0: No existen factores epidemiológicos de riesgo de retención de restos placentarios en pacientes del Hospital Santa María de Socorro en el 2024.

Hipótesis específica 2

H1: Existen factores gineco-obstétricos de riesgo de retención de restos placentarios en pacientes del Hospital Santa María de Socorro en el 2024.

H0: No existen factores gineco-obstétricos de riesgo de retención de restos placentarios en pacientes del Hospital Santa María de Socorro en el 2024.

Hipótesis específica 3

H1: Existen factores clínico-patológicos de riesgo de retención de restos placentarios en pacientes del Hospital Santa María de Socorro en el 2024

H0: No existen factores clínico-patológicos de riesgo de retención de restos placentarios en pacientes del Hospital Santa María de Socorro en el 2024.

Variables de la investigación

Variable de estudio Dependiente

Retención de restos placentarios en pacientes puérperas

Variable independiente

Factores epidemiológicos, gineco-obstétricos y clínico-patológicos.

II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

2.1 Tipo, nivel y diseño de la Investigación

El estudio se clasificó como aplicado porque buscó soluciones prácticas enfocadas en prevenir la retención de restos placentarios mediante el uso de evidencias específicas. Adoptó un enfoque cuantitativo, dado que trabajó con análisis estadísticos que permitieron evaluar los factores de riesgo relacionados. Además, utilizó el método hipotético-deductivo, ya que formuló hipótesis basadas en teorías existentes y las validó con los datos recolectados. Este enfoque permitió generar conocimientos relevantes que contribuyeron a fortalecer la atención obstétrica y mejorar la salud materna en contextos similares[60].

El diseño del estudio fue observacional, ya que no se intervino en las variables ni se modificó el curso natural de los eventos, sino que se analizaron los datos tal como se presentan. Es analítico de tipo casos y controles, porque se compararon pacientes con retención de restos placentarios (casos) y sin esta condición (controles) para identificar factores de riesgo asociados. Fue transversal, dado que la recolección de datos se realizó en un único momento, obteniendo una instantánea de las variables estudiadas. Finalmente, retrospectivo, ya que se empleó información de registros clínicos previos correspondientes al periodo en estudio[61].

El estudio tuvo un nivel relacional, pues buscó analizar cómo se relacionaron los factores de riesgo con la retención de restos placentarios. Se evaluó la asociación entre variables, permitiendo identificar patrones y posibles influencias entre ellas, lo que contribuyó a una mejor comprensión de esta complicación obstétrica en el contexto clínico[62].

2.2 Población y Muestra

Población de Estudio

Los pacientes del estudio fueron mujeres atendidas en el Hospital Santa María del Socorro durante el año 2024. Según información proporcionada por el

establecimiento, se identificó que la población total estimada fue de 1259 pacientes, de las cuales 267 presentaron antecedentes de retención de restos placentarios, lo que permitió delimitar la población afectada para el análisis.

Criterios de Elegibilidad

Dado que este estudio siguió un diseño de casos y controles, se estableció dos grupos diferenciados. El grupo de casos estuvo compuesto por pacientes sometidos a apendicectomía en el Hospital Santa María del Socorro que presentaron complicaciones postoperatorias. El grupo control incluyó a pacientes sometidos al mismo procedimiento, pero que no han experimentado dichas complicaciones. Ambos grupos cumplieron con los criterios de inclusión establecidos para participar en el estudio.

Criterios de inclusión

- Mujeres con partos atendidos en el en el Hospital Santa María del Socorro durante el año 2024.
- Pacientes con al menos un control prenatal registrado en el periodo de estudio.

Criterios de exclusión

- Historias clínicas con datos incompletos o ilegibles.
- Pacientes con antecedentes quirúrgicos que alteren las condiciones uterinas (por ejemplo, histerectomía).
- Mujeres con enfermedades congénitas uterinas documentadas en sus antecedentes médicos

Tamaño de la muestra

Se utilizó la fórmula estadística para estudios de casos y controles, ya que es la más adecuada para este diseño de investigación, permitiendo obtener una estimación precisa del tamaño de muestra requerido para identificar asociaciones entre las variables estudiadas.

$$n = \frac{(Z_{1-\propto/2}\sqrt{(m+1)\hat{p}(1-\hat{p})} + Z_{1-\beta}\sqrt{mP_1(1-P_1)+P_2(1-P_2)}^2}{m(P1-P2)^2}$$

Donde:

- $Z_{1-\propto/2}$ = Nivel de confianza → 1,96 (95%)
- $Z_{1-\beta}$ = Potencia estadística → 1,64 (95%)
- OR = Odds Ratios a detectar → 3,58
- m = Razón de controles por casos → 1
- P_1 = Proporción hipotética de exposición entre los casos → 0,491
- P_2 = Proporción hipotética de exposición entre los controles (Prevalencia) → 0,212
- $\hat{p}$ = Proporción mancomunada → 0,351

El parámetro OR fue obtenido a partir del estudio realizado por **Cohen et.al.** en 2023, cuya investigación proporciona valores confiables que respaldan la estimación del tamaño de la muestra necesaria para este análisis.

$$n = \frac{(1{,}96\sqrt{(1+1)(0{,}351)(1-0{,}351)} + 1{,}64\sqrt{(1)(0{,}491)(1-0{,}491)+(0{,}212)(1-0{,}212)}^2}{(1)(0{,}491-0{,}212)^2}$$

$$n = 73{,}3\ (74\ por\ grupo)$$

En el grupo de casos se incluyeron 74 pacientes, mientras que el grupo de controles estuvo compuesto por otros 74 participantes, obteniendo una muestra total de 148 individuos. Este número permitirá realizar comparaciones rigurosas, fortaleciendo la calidad y confiabilidad de los hallazgos del estudio.

Muestreo

Se empleó un muestreo probabilístico del tipo aleatorio simple, que permitió que todos los pacientes tengan la misma oportunidad de ser escogidos, garantizando así una selección imparcial y representativa. El listado completo de pacientes fue procesado mediante el software EpiDat 4.2, el cual realizó la selección aleatoria.

Las historias clínicas correspondientes a los pacientes seleccionados fueron las que formaron parte del análisis en este estudio.

2.3 Técnica de recolección de datos

Fuente de información

Los datos fueron recopilados directamente de las historias clínicas del hospital, utilizando un instrumento estructurado para registrar de manera precisa la información requerida en la investigación.

Técnica de recolección

Se empleo la técnica de revisión documental para examinar los registros previos, como las historias clínicas, con el fin de extraer información relevante. Este método facilitó la recopilación organizada y precisa de datos esenciales, proporcionando fundamentos confiables para realizar el análisis y abordar los objetivos planteados en la investigación.

Proceso de recolección de datos

Una vez que el comité de ética aprobó el proyecto, se procedió a gestionar las autorizaciones necesarias con el hospital para obtener acceso a las historias clínicas. Se realizó coordinaciones específicas con el área responsable de los archivos médicos, asegurando siempre el cumplimiento de las normativas éticas y la protección de los datos sensibles de los pacientes.

Posteriormente, se aplicó la ficha de recolección de datos validada previamente. Esta ficha permitió registrar de manera estructurada las variables del estudio, incluyendo la retención de restos placentarios y los factores epidemiológicos, gineco-obstétricos y clínico-patológicos. Cada historia clínica fue revisada de forma exhaustiva para garantizar la precisión en la extracción de información relevante.

Una vez completada la recolección, los datos fueron organizados y almacenados en un sistema seguro, protegidos con medidas de seguridad como contraseñas y acceso restringido. Este resguardo garantizó la confidencialidad de la

información hasta que inició el procesamiento y análisis de los datos. En todo momento, se buscó mantener un control riguroso sobre la calidad y la integridad de los datos recopilados.

Instrumento de recolección de datos

Se utilizó una ficha de recolección de datos modificada, basada en un instrumento previamente validado. Esta ficha estuvo compuesta por cuatro secciones que permitieron recopilar la información necesaria para el estudio. La primera abarcó la variable principal, retención de restos placentarios. En la segunda sección, se analizaron factores epidemiológicos como edad, procedencia, tabaquismo, alcoholismo y consumo de sustancias. La tercera sección incluyó factores gineco-obstétricos, entre ellos condición primípara, parto inducido, placenta previa, polihidramnios, desprendimiento prematuro de placenta, parto prolongado y antecedente de legrado uterino. La última sección está dedicada a factores clínico-patológicos, evaluando diabetes mellitus, hipertensión arterial, anemia, obesidad y presencia de infecciones urinarias. Este instrumento, al no ser una escala, no necesitó un análisis de confiabilidad; sin embargo, fue validado por expertos mediante un juicio especializado para asegurar la calidad y pertinencia de los datos recopilados.

2.4 Técnica de procesamiento, análisis e interpretación de datos

El procesamiento de los datos comenzó con un control exhaustivo para identificar posibles inconsistencias, valores duplicados o información faltante en la base de datos. Posteriormente, se llevó a cabo una limpieza rigurosa que garantizó la integridad de los datos. Las variables numéricas fueron categorizadas según los criterios establecidos, y todas las variables se organizaron en un archivo Excel utilizando Microsoft Office 365 para facilitar su manejo y análisis posterior.

Para el análisis de los datos, se implementó un enfoque por etapas. En la etapa inicial, el análisis univariado permitió evaluar el comportamiento de cada variable; las variables categóricas fueron analizadas mediante frecuencias absolutas y relativas, mientras que para las variables numéricas se calcularon medidas de tendencia central y dispersión. En la segunda etapa, se realizó un

análisis bivariado para contrastar hipótesis al 95% de confianza, utilizando la prueba de Chi² de Pearson, seguida del cálculo de Odds Ratios para determinar la magnitud de asociación entre las variables. Finalmente, se desarrolló un análisis multivariado mediante regresión logística binaria, lo que permitió calcular Odds Ratios ajustados, controlando los posibles efectos de confusión.

Todos los resultados obtenidos fueron organizados y sintetizados en tablas y gráficos que faciliten su interpretación. Esta estructura permitirá una adecuada presentación de los hallazgos, asegurando claridad y precisión en el informe final.

2.5 Aspectos éticos

El proyecto cumplió con los estándares éticos nacionales e internacionales en bioética, respetando las normativas aplicables en las ciencias de la salud. Fue aprobada mediante el comité de ética de la universidad y, evaluado por el comité de ética de la institución sanitaria involucrada. Esto garantizó que el diseño del estudio esté alineado con las recomendaciones del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), en particular las directrices establecidas para investigaciones retrospectivas que utilizan historias clínicas. De acuerdo con la pauta 12 del CIOMS, no fue obligatorio obtener el consentimiento informado, ya que no hubo interacción directa con los pacientes.

La privacidad de los datos y el anonimato de los pacientes fueron estrictamente protegidos. El investigador principal fue la única persona autorizada para acceder a la información, y no se recopilarán datos que permitan identificar a los participantes. Adicionalmente, se tomaron precauciones rigurosas para resguardar la confidencialidad de toda la información recolectada, asegurando que se cumplieran los estándares éticos tanto internacionales como nacionales aplicables a este tipo de investigación.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Factores epidemiológicos de riesgo de retención de restos placentarios en pacientes del Hospital Santa María de Socorro en el 2024.

Factores epidemiológicos	Retención de restos placentarios				Chi² (p-valor)
	Caso		Control		
	N	%	N	%	
Edad					
Menos de 30 años	51	48,1	55	51,9	0,532
30 años o más	23	54,8	19	45,2	(0,466)
Procedencia					
Urbano	29	40,9	42	59.1	4.599
Rural	45	58,4	32	41.6	(0,032)
Tabaquismo					
No	74	50,0	74	50,0	NC
Si	0	0,0	0	0,0	
Alcoholismo					
No	73	49,7	74	50,3	1,007
Si	1	100,0	0	0,0	(0,316)
Consumo de drogas					
No	69	48,9	72	51,1	1,350
Si	5	71,4	2	28,6	(0,245)

NC: No calculable
Fuente: Historias clínicas del HSMS (2024).

En la tabla 1 se encontró que la procedencia rural estuvo estadísticamente asociada a la retención de restos placentarios (p = 0,032). En cuanto a las frecuencias, se observó una mayor proporción de retención de restos placentarios en pacientes procedentes de zona rural (58,4%), en mujeres de 30 años o más (54,8%) y en quienes reportaron consumo de drogas (71,4%). Asimismo, se identificó que el 100,0% de las pacientes con antecedentes de alcoholismo presentaron retención de restos placentarios. Las demás variables epidemiológicas evaluadas, como edad, tabaquismo, alcoholismo y consumo de drogas no mostraron significancia estadística.

Gráfico 1. Distribución porcentual de edad y retención de restos placentarios

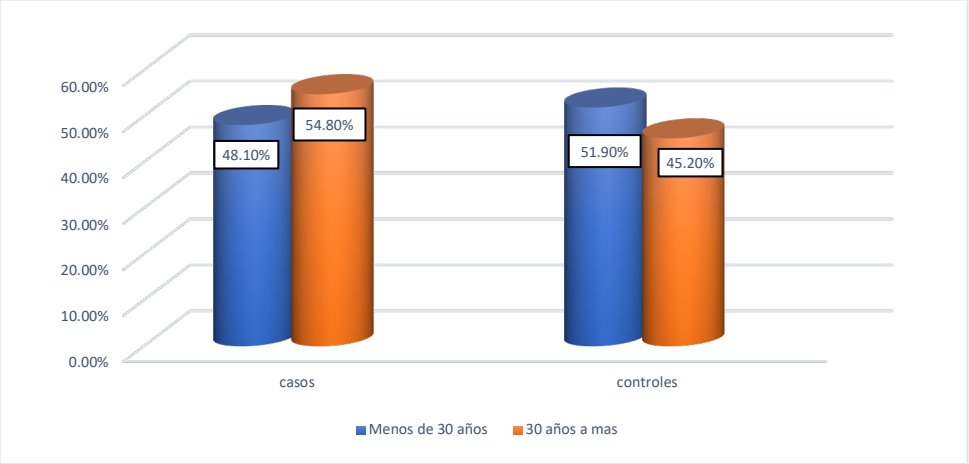

Gráfico 2. Distribución porcentual de procedencia y retención de restos placentarios

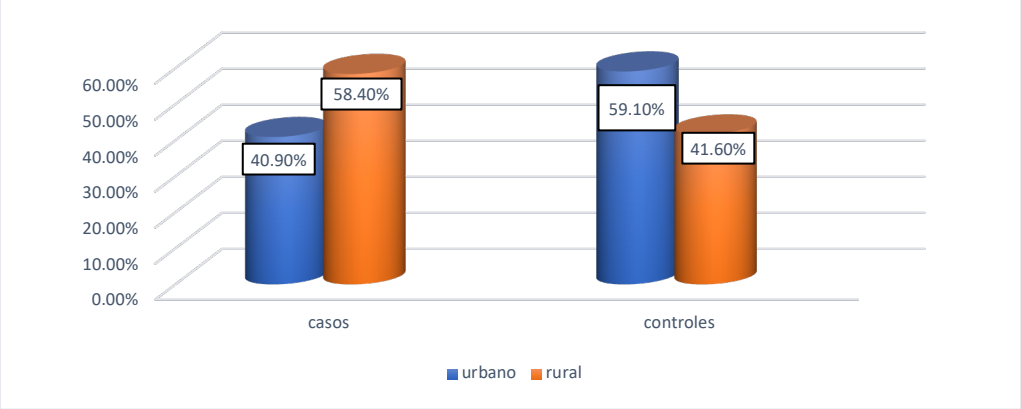

Gráfico 3. Distribución porcentual de alcoholismo y retención de restos placentarios

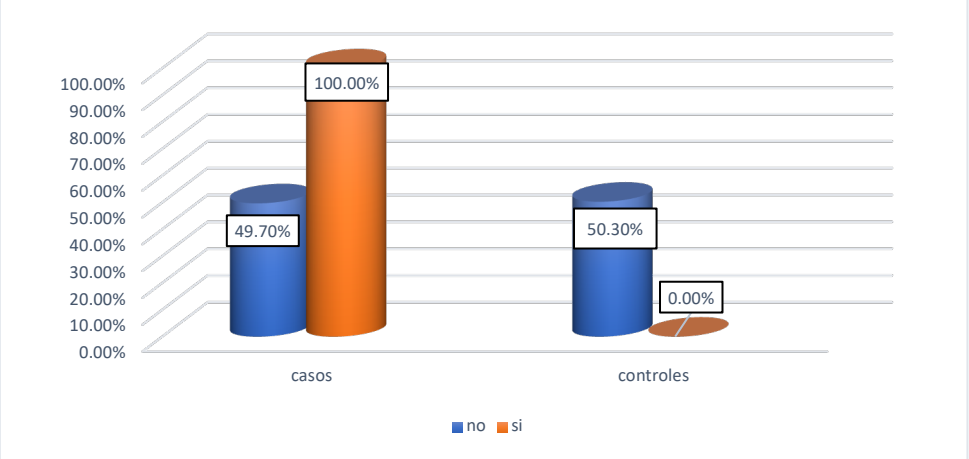

Gráfico 4. Distribución porcentual de consumo de drogas y retención de restos placentarios

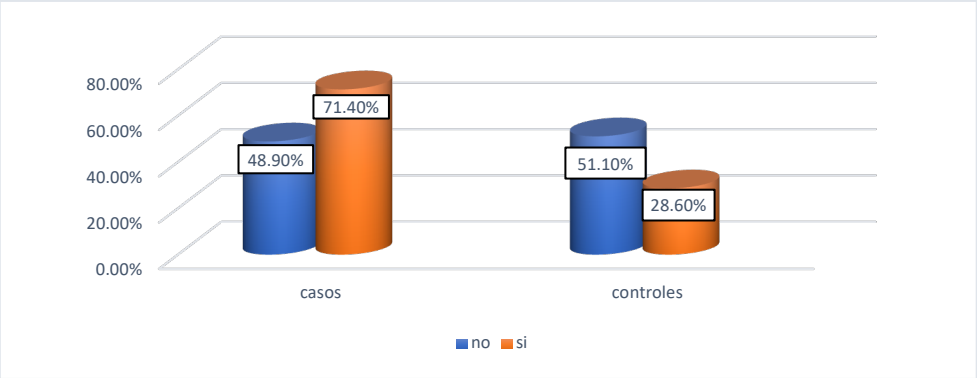

Tabla 2. Factores gineco-obstétricos de riesgo de retención de restos placentarios en pacientes del Hospital Santa María de Socorro en el 2024.

Factores gineco-obstétricos	Retención de restos placentarios				Chi² (p-valor)
	Caso		Control		
	N	%	N	%	
Primiparidad					
No	58	55,8	46	44,2	4,656
Si	16	36,4	28	63,6	(0,031)
Parto inducido					
No	71	49,0	74	51,0	3,062
Si	3	100,0	0	0,0	(0,080)
Antecedente de Placenta previa					
Ausente	73	49,7	74	50,3	1,007
Presente	1	100,0	0	0,0	(0,316)
Polihidramnios					
Ausente	72	50,7	70	49,3	0,695
Presente	2	33,3	4	66,7	(0,405)
Desprendimiento prematuro de placenta					
Ausente	74	50,0	74	50,0	NC
Presente	0	0,0	0	0,0	
Parto prolongado					
Ausente	43	43,0	57	57.0	6,044
Presente	31	64,6	17	35,4	(0,014)
Antecedente de legrado uterino					
Ausente	63	53,4	55	46,6	2,676
Presente	11	36,7	19	63,3	(0,102)

NC: No calculable
Fuente: Historias clínicas del HSMS (2024).

En la tabla 2 se encontró que la condición de ser primípara (p = 0,031) y el antecedente de parto prolongado (p=0,014) estuvieron estadísticamente asociados a la retención de restos placentarios. En cuanto a las frecuencias, se observó que, en el grupo de pacientes con retención de restos placentarios, las pacientes no primíparas representaron una mayor proporción (55,8%) en comparación con las primíparas (36,4%). Asimismo, las pacientes con antecedente de parto prolongado presentaron una mayor proporción de retención (64,6%) en comparación con aquellas sin dicho antecedente (43,0%). Las demás variables evaluadas, a pesar de que algunas mostraron frecuencias elevadas dentro del grupo de casos, como placenta previa (100,0%), parto inducido (100,0%) y antecedente de legrado uterino (36,7%), no alcanzaron significancia estadística.

Gráfico 5. Distribución porcentual de primiparidad y retención de restos placentarios

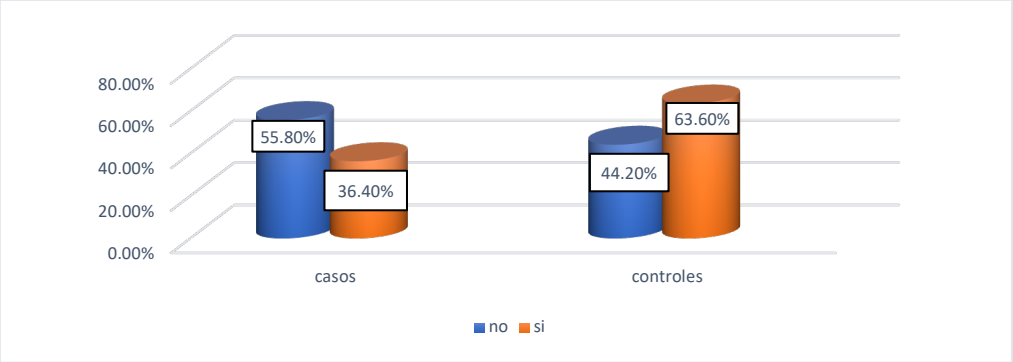

Gráfico 6. Distribución porcentual de parto inducido y retención de restos placentarios

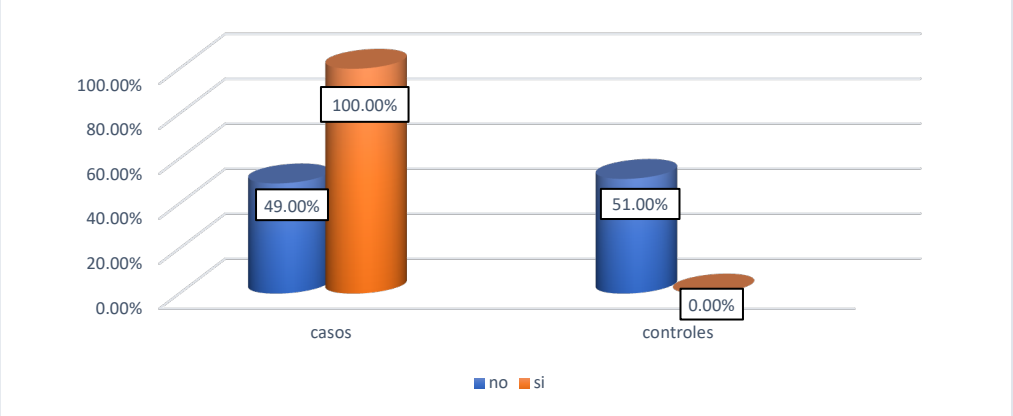

Gráfico 7. Distribución porcentual de antecedente de placenta previa y retención de restos placentarios

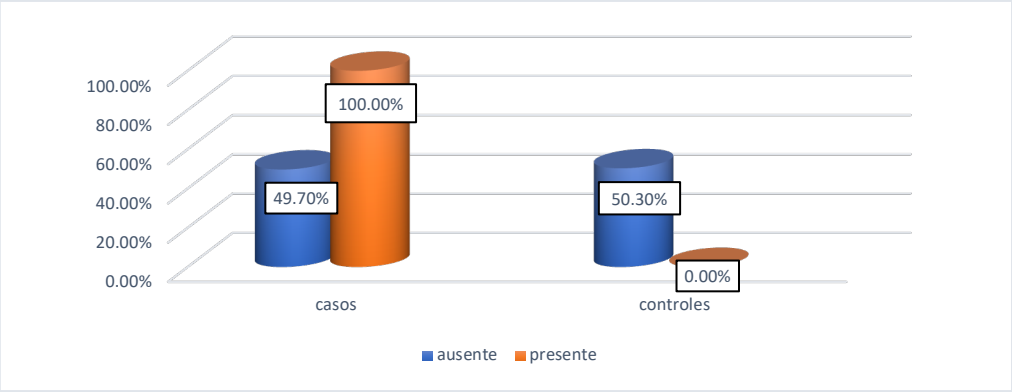

Gráfico 8. Distribución porcentual de polihidramnios y retención de restos placentarios

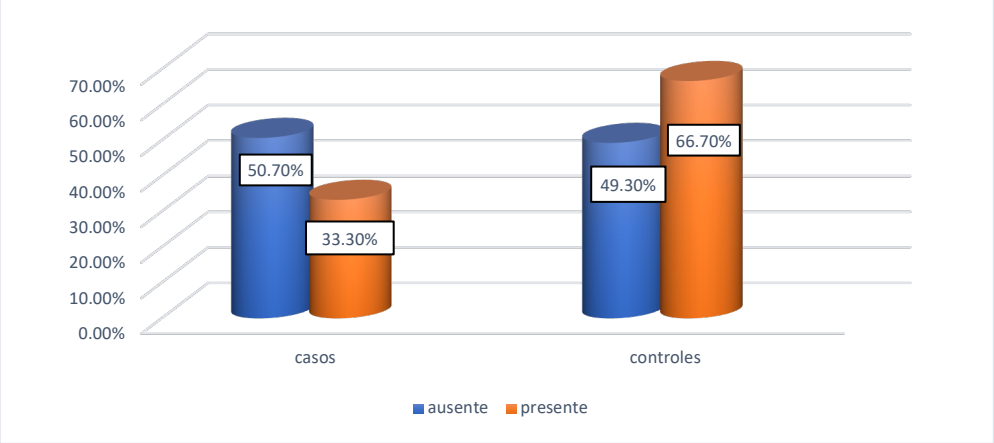

Gráfico 9. Distribución porcentual de desprendimiento prematuro de placenta y retención de restos placentarios

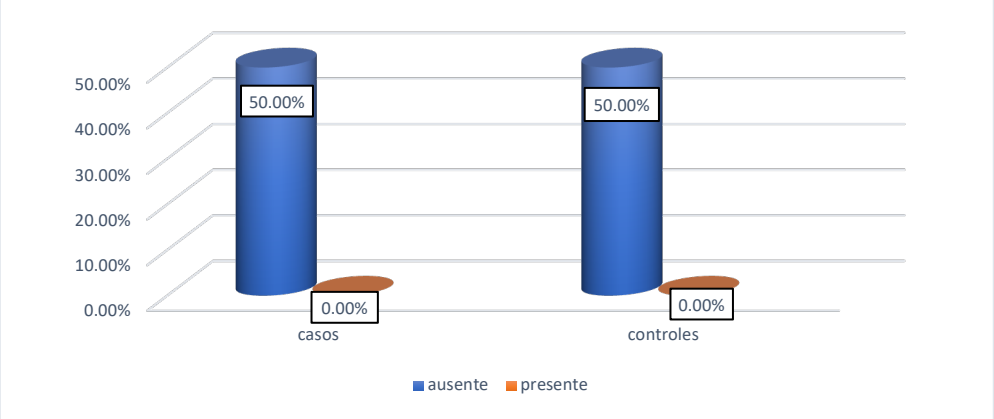

Gráfico 10. Distribución porcentual de parto prolongado y retención de restos placentarios

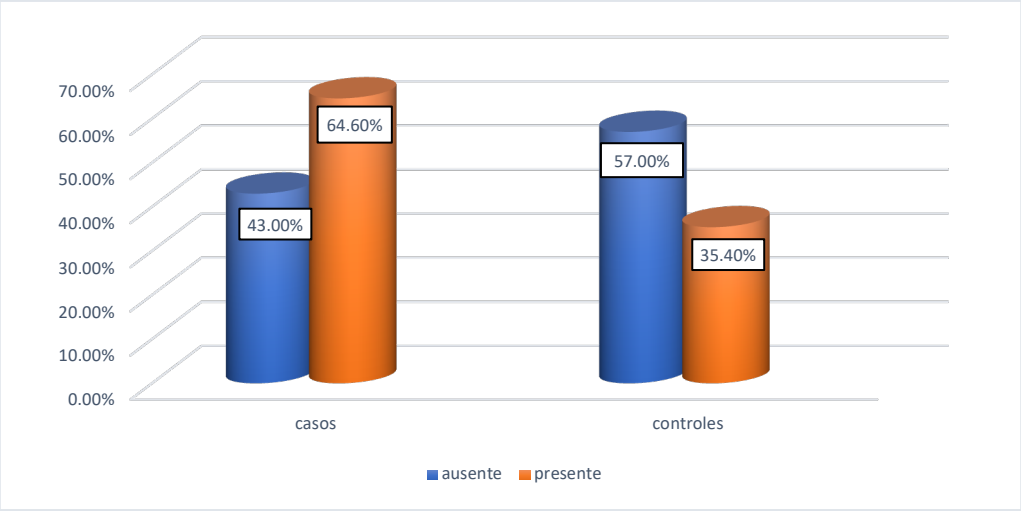

Gráfico 11. Distribución porcentual de antecedente de legrado uterino y retención de restos placentarios

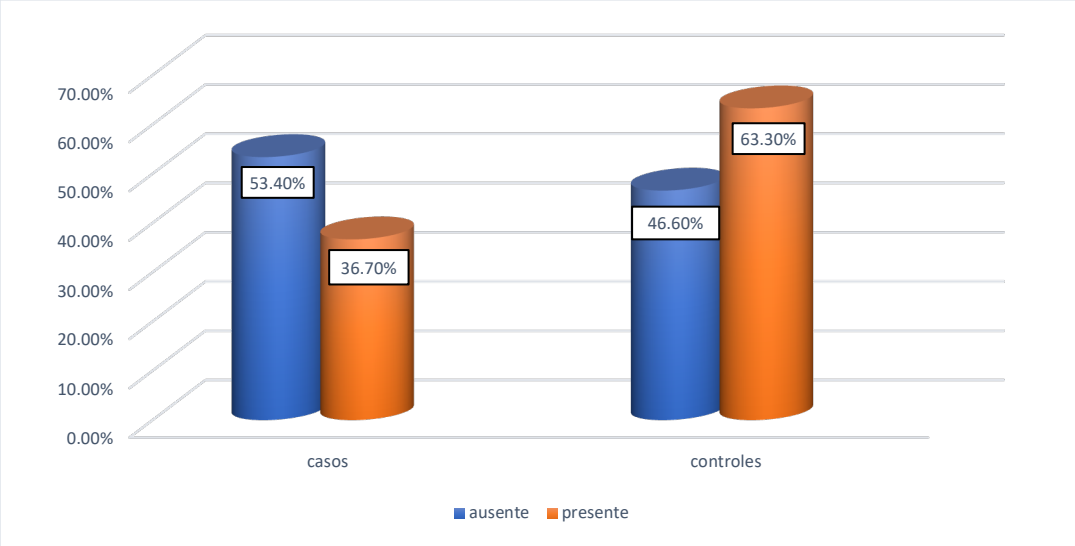

Tabla 3. Factores clínico-patológicos de riesgo de retención de restos placentarios en pacientes del Hospital Santa María de Socorro en el 2024.

Factores clínico-patológicos	Retención de restos placentarios				Chi² (p-valor)
	Caso		Control		
	N	%	N	%	
Diabetes mellitus					
Ausente	71	50,0	71	50,0	0,000
Presente	3	50,0	3	50,0	(1,000)
Hipertensión arterial					
No	66	48,9	69	51,1	0,759
Si	8	61,5	5	38,5	(0,384)
Anemia					
Ausente	49	46,2	57	53,8	2,128
Presente	25	59,5	17	40,5	(0,145)
Obesidad					
Ausente	43	50,0	43	50,0	0,000
Presente	31	50,0	31	50,0	(1,000)
ITU					
Ausente	47	49,5	48	50,5	0,029
Presente	27	50,9	26	49,1	(0,864)

NC: No calculable
Fuente: Historias clínicas del HSMS (2024).

En la tabla 3 no se identificó ninguna variable clínico-patológica que estuviera estadísticamente asociada a la retención de restos placentarios (p>0,05). Respecto a las frecuencias observadas, se halló una mayor proporción de retención de restos placentarios en pacientes con hipertensión arterial (61,5%), con anemia (59,5%) y con infección del tracto urinario (50,9%). Asimismo, las pacientes con obesidad presentaron una frecuencia del 50,0%. A pesar de estas proporciones, ninguna de estas variables evidenció significancia estadística.

Gráfico 12. Distribución porcentual de diabetes mellitus y retención de restos placentarios

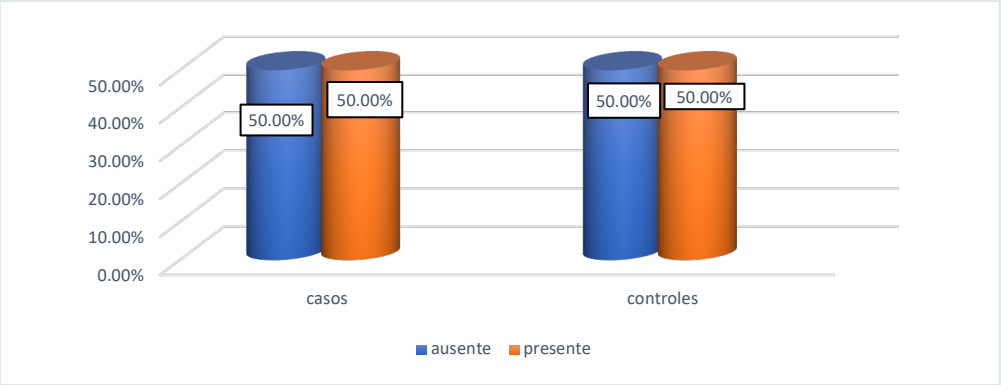

Gráfico 13. Distribución porcentual de hipertensión arterial y retención de restos placentarios

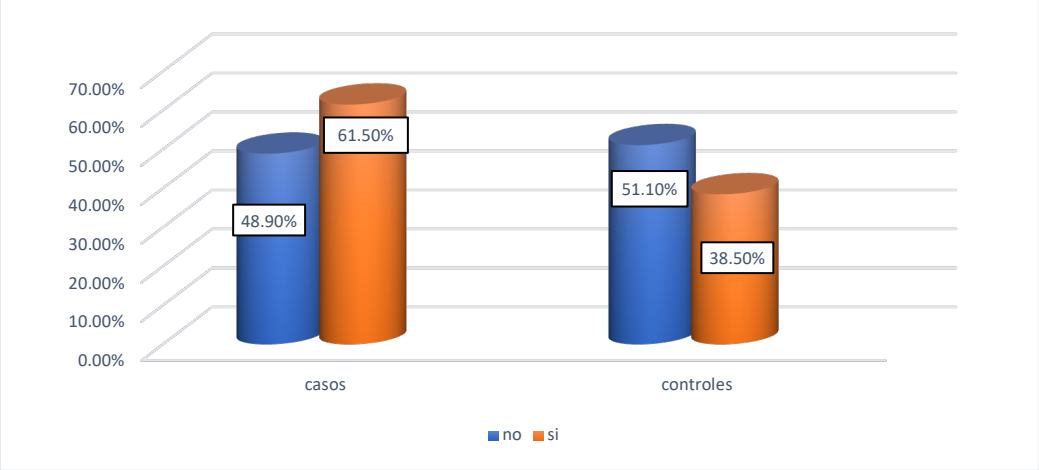

Gráfico 14. Distribución porcentual de anemia y retención de restos placentarios

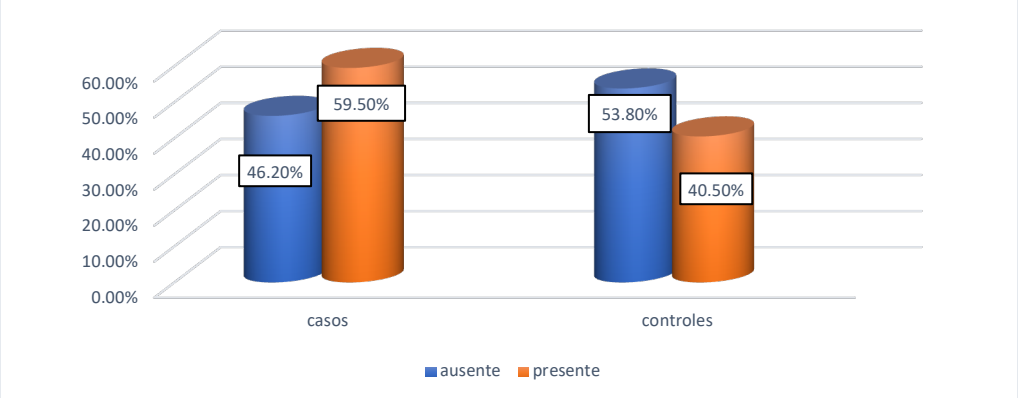

Gráfico 15. Distribución porcentual de obesidad y retención de restos placentarios

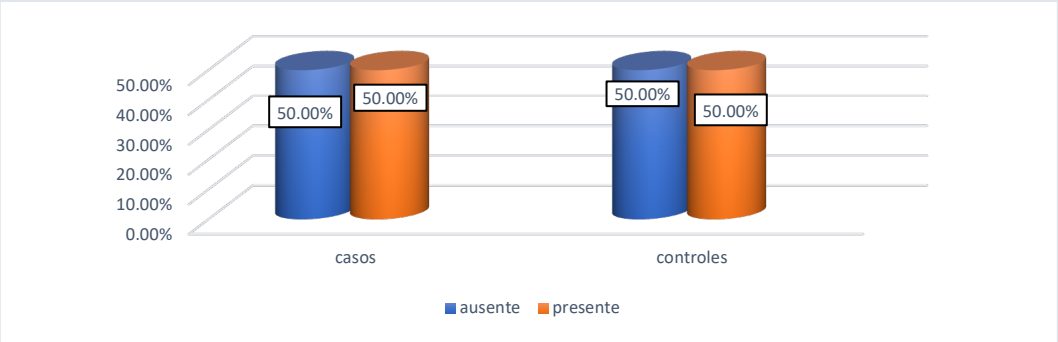

Gráfico 16. Distribución porcentual de ITU y retención de restos placentarios

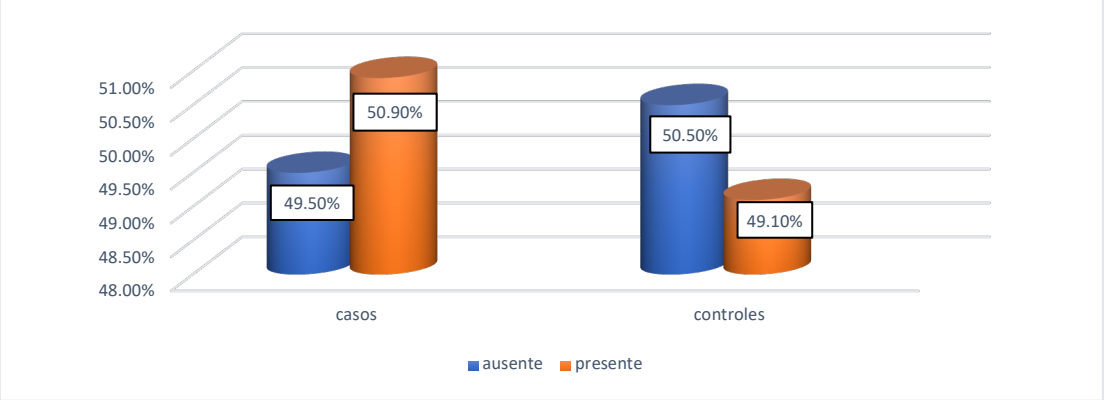

Tabla 4. Factores de riesgo de retención de restos placentarios en pacientes del Hospital Santa María de Socorro en el 2024.

Factores de riesgo	OR	*p*	IC95%	
			LI	LS
Procedencia				
Urbana	Ref.			
Rural	2,037*	0,033	1,058	3,920
Primiparidad				
Si	Ref.			
No	2,206*	0,032	1,070	4,555
Parto prolongado				
Ausente	Ref.			
Presente	2,416*	0,015	1,185	4,930

OR: Odds, ***p*:** p-valor al 95% de confianza, **LI:** Límite inferior, **LS:** Límite superior
***:** Significancia estadística.
Fuente: Historias clínicas del HSMS-Ica (2024).

En la tabla 4 se observó que la procedencia rural (p=0,033), el hecho de no ser primípara (p=0,032) y el antecedente de parto prolongado (p=0,015) fueron factores de riesgo estadísticamente significativos para la retención de restos placentarios. Las pacientes de procedencia rural presentaron aproximadamente el doble de riesgo de retención en comparación con las pacientes urbanas (OR: 2,04; IC95%: 1,06–3,92). De manera similar, las pacientes no primíparas tuvieron un riesgo 2,21 veces mayor que las primíparas (OR: 2,21; IC95%: 1,07–4,56). Finalmente, las pacientes con antecedente de parto prolongado mostraron un riesgo 2,42 veces superior al de aquellas sin este antecedente (OR: 2,42; IC95%: 1,19–4,93). Estos resultados indican asociaciones estadísticamente significativas, sugiriendo que estos factores aumentan el riesgo de retención de restos placentarios en la población estudiada.

IV. DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio permiten identificar diversos factores que podrían estar implicados en el desarrollo de la retención de restos placentarios, una complicación obstétrica con potenciales consecuencias graves para la salud materna. Se hallaron asociaciones significativas principalmente con variables gineco-obstétricas y epidemiológicas, mientras que los factores clínico-patológicos no mostraron relación estadística significativa en esta muestra.

Dentro de los factores epidemiológicos analizados, la procedencia rural fue el único que mostró una asociación estadísticamente significativa (p=0,032) con la retención de restos placentarios, se observó una mayor proporción de retención de restos placentarios en pacientes procedentes de zona rural (58,4%). Esto concuerda con lo reportado por Valdez (2023), quien evidenció una relación aún más significativa (p=0,001) entre procedencia rural. Este hallazgo puede explicarse por la limitada accesibilidad a servicios de salud, barreras geográficas, escaso control prenatal y menor calidad de atención obstétrica en áreas rurales.En contraste, variables como la edad, el grado de instrucción, el tabaquismo, alcoholismo y consumo de drogas no mostraron asociación estadística significativa .Se reportaron resultados en mujeres de 30 años o más (54,8%) (p=0,466) resultados que no mostraron asociaciones significativas y coinciden en parte con estudios como los de Perales Sinche (2021) quien tampoco halló relación significativa entre edad extrema y retención placentaria (p=0,542), y con Velebil et al. (2023), cuyo estudio descartó la edad y la paridad como factores de riesgo. Además, Cohen et al. (2023) identificó una asociación significativa con edad mayor de 30 años (OR: 1.55), lo que difiere de nuestros resultados, posiblemente por diferencias en la población y diseño del estudio.

Referente a los factores gineco-obstétricos, se identificó una asociación significativa entre el antecedente de parto prolongado y la retención placentaria (p=0,014; OR: 2,4). En esta investigación, el 64,6% de las pacientes con retención presentaron este antecedente. Este hallazgo es coherente con los estudios de Moreyra & Torres (2019), quienes encontraron que el alumbramiento prolongado (OR: 4.5) y antecedentes de aborto (OR: 6.1) se asociaron con mayor riesgo. También concuerda con Cohen et al. (2023), quien relacionó la

administración de oxitocina (OR: 1.39) y fiebre intraparto (OR: 1.48) con la retención placentaria. En contraste, Perales (2021) y Negreiros (2018) no encontraron una asociación significativa entre parto prolongado y retención, lo cual podría atribuirse a diferencias muestrales.

Asimismo el no ser primipara también mostró una relación significativa (p=0,031), con un 55,8% de no primíparas entre las pacientes con retención. Este hallazgo está respaldado por Moreyra & Torres (2019) y Negreiros (2018), quienes evidenciaron que la multiparidad y el antecedente de legrado uterino aumentan el riesgo de esta complicación. Asimismo Rojas & De La Cruz (2021) evidenciaron que el 39.2% de los casos de alumbramiento incompleto correspondían a retención placentaria, asociada a multiparidad (76.5%). Tambien Hernandez (2024) reportó una asociación entre alumbramiento incompleto y factores como multiparidad (p=0.002) y antecedente de cesárea (p=0.014) .De manera concordante, Favilli et al. (2021) identificaron la multiparidad, la cesárea previa y el antecedente de legrado como factores de riesgo consistentes en su revisión sistemática.

Respecto a los factores clínico-patológicos, diferencia de los factores previamente discutidos, ninguno de los factores clínico-patológicos evaluados en este estudio (como diabetes mellitus, hipertensión gestacional, anemia, obesidad, entre otros) mostró una asociación estadísticamente significativa con la retención de restos placentarios ($p > 0.05$). Esto contrasta con los estudios de Cohen et al. (2023), quienes reportaron que la diabetes mellitus (OR: 1.35) y trastornos hipertensivos del embarazo (OR: 1.74) fueron significativos. Del mismo modo, Favilli et al. (2021) identificaron la diabetes gestacional (OR: 1.31) como factor relevante. La falta de asociación en el presente estudio podría explicarse por una baja frecuencia de estas condiciones o una buena gestión prenatal, como sugiere Perlman et al. (2019), quien destacó la importancia de identificar y manejar oportunamente estos factores para prevenir hemorragias graves.

Una posible explicación de esta diferencia es la baja frecuencia de estas patologías en la muestra estudiada, lo que limita el poder estadístico para detectar diferencias. Asimismo, es posible que estas condiciones hayan estado

adecuadamente controladas durante la gestación, reduciendo su impacto en el desenlace obstétrico. También se deben considerar factores metodológicos como la calidad de los registros clínicos en estudios retrospectivos, lo que puede influir en la precisión del análisis.

La presente investigación aborda un tema de gran relevancia clínica como es la retención de restos placentarios, una complicación obstétrica que puede generar consecuencias severas en la salud materna si no se identifica y trata oportunamente. Los hallazgos obtenidos permiten aportar evidencia local actualizada respecto a los posibles factores de riesgo asociados, lo cual es valioso para reforzar la vigilancia perinatal y optimizar las decisiones clínicas en contextos similares. Si bien el diseño retrospectivo del estudio implica limitaciones inherentes, como la posibilidad de que algunos datos no hayan sido registrados con precisión en las historias clínicas, se procuró contrarrestar este sesgo mediante una revisión exhaustiva y cuidadosa de los registros médicos disponibles. Además, se debe considerar que el bajo número de pacientes con ciertas exposiciones, como el alcoholismo o la placenta previa, limitó la capacidad para evaluar de forma más precisa su asociación con la retención de restos, lo que representa un aspecto a considerar en futuras investigaciones.

V. CONCLUSIONES

Se logró determinar los factores de riesgo asociados a la retención de restos placentarios en pacientes atendidas durante el año 2024, identificándose variables significativas de tipo epidemiológico y gineco-obstétrico. Los hallazgos permiten comprender mejor el perfil clínico de las gestantes con mayor riesgo de presentar esta complicación obstétrica, aportando evidencia útil para la práctica clínica preventiva y el diseño de estrategias de vigilancia durante el alumbramiento.

Se determinaron factores epidemiológicos asociados al riesgo de retención de restos placentarios en pacientes del Hospital Santa María de Socorro en el 2024, destacando la procedencia rural como variable significativa. Este hallazgo resalta la influencia de las condiciones socioeconómicas y el acceso limitado a servicios de salud en zonas rurales como posibles determinantes del riesgo.

El antecedente de parto prolongado y el hecho de que la paciente no sea primípara fueron factores gineco-obstétricos significativamente asociados a la retención de restos placentarios en pacientes atendidas durante el año 2024. Estos resultados enfatizan la importancia de una vigilancia obstétrica especializada en mujeres con estas características, ya que podrían influir negativamente en el proceso fisiológico del alumbramiento y dificultar la separación completa de la placenta.

No se identificaron factores clínico-patológicos asociados al riesgo de retención de restos placentarios en pacientes del Hospital Santa María de Socorro en el 2024. La ausencia de asociaciones clínicas claras indica que estas condiciones no tendrían un rol determinante en la ocurrencia de la retención, por lo que su monitoreo debe mantenerse por otras razones médicas generales.

VI. RECOMENDACIONES

Se recomienda al personal médico y de salud que brinda atención obstétrica mantener una vigilancia constante y estandarizada durante la tercera etapa del parto, con especial énfasis en pacientes que presenten perfiles epidemiológicos identificados como de mayor riesgo, como aquellas procedentes de zonas rurales. La evidencia hallada en este estudio sugiere que el origen rural puede estar relacionado con una mayor probabilidad de retención de restos placentarios, posiblemente debido a diferencias en el acceso a servicios de salud o en la calidad del control prenatal. Por tanto, se sugiere fortalecer la detección precoz de estos factores desde la admisión de la gestante y garantizar una atención postparto oportuna.

Asimismo, se recomienda prestar especial atención a las pacientes con antecedentes de parto prolongado, ya que esta condición mostró una asociación estadísticamente significativa con la retención placentaria. Se sugiere incorporar esta variable como criterio de alerta clínica obstétrica, especialmente en protocolos de manejo del alumbramiento, y reforzar la vigilancia activa durante y después del parto en estos casos. La identificación temprana del riesgo podría mejorar el desenlace clínico y reducir complicaciones relacionadas.

En relación con la paridad, se propone considerar a las pacientes no primíparas como un grupo con riesgo aumentado de retención de restos placentarios. Los antecedentes obstétricos deben ser evaluados con detenimiento durante el ingreso al servicio de partos y utilizados para guiar decisiones clínicas, incluyendo una mayor supervisión durante la expulsión placentaria. Esta recomendación busca optimizar el manejo de la tercera etapa del parto y prevenir complicaciones evitables en mujeres con partos previos.

Por otro lado, si bien los factores clínico-patológicos evaluados (como anemia, hipertensión gestacional, infecciones urinarias o diabetes) no mostraron asociación estadísticamente significativa con la retención placentaria en este estudio, se recomienda no desestimar su seguimiento clínico riguroso debido a su relevancia general en la salud materna. Además, se sugiere considerar que

la baja frecuencia de exposición a estas condiciones en algunos contextos puede limitar su análisis estadístico, por lo que su monitoreo debe mantenerse.

Finalmente, se recomienda a los equipos de gestión clínica e investigación promover el fortalecimiento del sistema de recolección y registro de datos clínicos en las historias médicas, asegurando su calidad, completitud y estandarización. Esto permitirá realizar investigaciones futuras con mayor precisión metodológica y potencia estadística, facilitando la identificación de asociaciones más sólidas entre diversos factores y la retención de restos placentarios. Asimismo, se alienta a continuar con estudios prospectivos y multicéntricos que exploren nuevas variables obstétricas, fisiológicas y contextuales que puedan estar implicadas en este fenómeno.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017). Practice Bulletin No. 183: Postpartum hemorrhage (Replaces Practice Bulletin No. 76, October 2006). Obstetrics & Gynecology, 130(4), e168–e186. [Internet]. [citado el 3 de julio de 2025]. Disponible en: https://tjodistanbul.org/uploads/postpartum-hemorrhage-number-183-october-2017.pdf?utm_source=chatgpt.com
2. Gamez W. Protocolo: RPOC_Retención restos ovulares y placentarios [Internet]. Medicina Fetal Barcelona. 2024 [citado el 2 de julio de 2025]. Disponible en: https://fetalmedicinebarcelona.org/protocolos/protocolo-rpoc_retencion-restos-ovulares-y-placentarios/
3. Organización Panamericana de la Salud. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. Washington, D.C.: OPS; 2019. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/51029
4. Situación de la Mortalidad Materna 2022 y 2023 [Internet]. [citado el 24 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2023-05-18/cdc-mortalidad-materna-2022-2023.pdf?utm_source=chatgpt.com
5. Instituto Nacional Materno Perinatal [Internet]. [citado el 30 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033
6. Perlman NC, Carusi DA. Retained placenta after vaginal delivery: risk factors and management. Int J Womens Health [Internet]. el 7 de octubre de 2019 [citado el 12 de junio de 2025];11:527–34. Disponible en: https://doi.org/10.2147/IJWH.S218933
7. WHO recommendations: uterotonics for the prevention of postpartum haemorrhage [Internet]. [citado el 24 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789241550420
8. Medicina AN de. Recomendaciones de la FIGO para la prevención y el tratamiento de la hemorragia postparto (HPP) 2022 | Academia Nacional de Medicina [Internet]. 2022 [citado el 30 de junio de 2025]. Disponible en: https://academianacionaldemedicina.org/publicaciones/div/recomendacione

s-de-la-figo-para-la-prevencion-y-el-tratamiento-de-la-hemorragia-postparto-hpp-2022/

9. Lalonde A, FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. Int J Gynecol Obstet [Internet]. mayo de 2012 [citado el 24 de junio de 2025];117(2):108–18. Disponible en: http://doi.wiley.com/10.1016/j.ijgo.2012.03.001

10. PAHO. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas, 2. ed [Internet]. [citado el 24 de junio de 2025]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51029/9789275320884-spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y

11. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva – Resumen de orientación [Internet]. [citado el 24 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-18.12

12. Kissler K, Hurt KJ. The Pathophysiology of Labor Dystocia: Theme with Variations. Reprod Sci Thousand Oaks Calif [Internet]. marzo de 2023;30(3):729–42. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s43032-022-01018-6

13. Muñoz MF, Reyes Angullo ZR, Pintado Recarte P, Consuelo Soto L, Labarta JR, Hernández IC, et al. Checklist: A Useful and Safe Tool for the Initiation of Care for Eutocical Vaginal Delivery. Int J Environ Res Public Health [Internet]. el 17 de octubre de 2022;19(20):13409. Disponible en: https://doi.org/10.3390/ijerph192013409

14. Rosli AA, Nawi AM, Atan IK, Kalok AM, Ahmad S, Ismail NAM, et al. Cervical dilatation at diagnosis of active phase of labour determines the mode of delivery and peripartum outcomes: a retrospective study in a single tertiary centre in Malaysia. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. el 1 de abril de 2023 [citado el 20 de junio de 2025];23(1):221. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s12884-023-05523-7

15. Hutchison J, Mahdy H, Jenkins SM, Hutchison J. Normal Labor: Physiology, Evaluation, and Management. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL):

StatPearls Publishing; 2025 [citado el 20 de junio de 2025]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544290/

16. Ana María Martín Jiménez, María Caballero Rodríguez, Olga Rocío Roldán. Tercera etapa del parto: el alumbramiento. Manejo y complicaciones. [citado el 20 de junio de 2025];Volumen XVII. Número 6 – Segunda quincena de Marzo de 2022:Vol. XVII; nº 6; 227. Disponible en: https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/tercera-etapa-del-parto-el-alumbramiento-manejo-y-complicaciones/
17. Escobar MF, Nassar AH, Theron G, Barnea ER, Nicholson W, Ramasauskaite D, et al. FIGO recommendations on the management of postpartum hemorrhage 2022. Int J Gynecol Obstet [Internet]. 2022 [citado el 24 de junio de 2025];157(S1):3–50. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ijgo.14116
18. Jung YW, Kim J, Shin WK, Song SY, Choi JS, Hyun SH, et al. Outcomes and prognosis of postpartum hemorrhage according to management protocol: an 11-year retrospective study from two referral centers. World J Emerg Surg [Internet]. el 1 de agosto de 2024 [citado el 20 de junio de 2025];19(1):27. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s13017-024-00556-5
19. Alonso-Burgos A, Díaz-Lorenzo I, Muñoz-Saá L, Gallardo G, Castellanos T, Cardenas R, et al. Primary and secondary postpartum haemorrhage: a review for a rationale endovascular approach. CVIR Endovasc [Internet]. el 13 de febrero de 2024;7(1):17. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s42155-024-00429-7
20. Franke D, Zepf J, Burkhardt T, Stein P, Zimmermann R, Haslinger C. Retained placenta and postpartum hemorrhage: time is not everything. Arch Gynecol Obstet [Internet]. octubre de 2021;304(4):903–11. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s00404-021-06027-5
21. Giouleka S, Tsakiridis I, Kalogiannidis I, Mamopoulos A, Tentas I, Athanasiadis A, et al. Postpartum Hemorrhage: A Comprehensive Review of Guidelines. Obstet Gynecol Surv [Internet]. noviembre de 2022;77(11):665–82. Disponible en: https://doi.org/10.1097/OGX.0000000000001061
22. F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Jodi S. Dashe, Barbara L.

Hoffman, Catherine Y. Spong, Brian M. Casey. Williams Obstetricia, 26e | AccessMedicina | McGraw Hill Medical [Internet]. 26th ed. New York; [citado el 20 de junio de 2025]. Disponible en: https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookID=3103

23. Escobar MF, Nassar AH, Theron G, Barnea ER, Nicholson W, Ramasauskaite D, et al. FIGO recommendations on the management of postpartum hemorrhage 2022. Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet [Internet]. marzo de 2022;157 Suppl 1(Suppl 1):3–50. Disponible en: https://doi.org/10.1002/ijgo.14116

24. Nasser BH, Jadaon JE, Awad-Khamaisy N, Lfoul LA, Hendler I. Novel risk factors associated with retained placenta after vaginal birth. Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet [Internet]. marzo de 2025;168(3):1117–23. Disponible en: https://doi.org/10.1002/ijgo.15978

25. Delcroix MH, Delcroix-Gomez C, Marquet P, Gauthier T, Thomas D, Aubard Y. Active or passive maternal smoking increases the risk of low birth weight or preterm delivery: Benefits of cessation and tobacco control policies. Tob Induc Dis [Internet]. el 29 de mayo de 2023 [citado el 20 de junio de 2025];21:72. Disponible en: https://doi.org/10.18332/tid/156854

26. Ohira S, Motoki N, Shibazaki T, Misawa Y, Inaba Y, Kanai M, et al. Alcohol Consumption During Pregnancy and Risk of Placental Abnormality: The Japan Environment and Children's Study. Sci Rep [Internet]. el 16 de julio de 2019;9(1):10259. Disponible en: https://doi.org/10.1038/s41598-019-46760-1

27. He X, Liu H. Placenta retention is associated with threatened abortion at the early stage of pregnancy. J Obstet Gynecol Investig [Internet]. 2023 [citado el 20 de junio de 2025];6(1):1–6. Disponible en: https://doi.org/10.5114/jogi.2023.128810

28. Sinta DM. Determinants Of Retained Placenta At Malinau Hospital, North Kalimantan. J Res Public Health [Internet]. el 26 de enero de 2024 [citado el 20 de junio de 2025];5(2):88–96. Disponible en: https://doi.org/10.30994/jrph.v5i2.70

29. Carusi DA, Gopal D, Cabral HJ, Racowsky C, Stern JE. A risk factor profile

for placenta accreta spectrum in pregnancies conceived with assisted reproductive technology. FS Rep [Internet]. septiembre de 2023;4(3):279–85. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.xfre.2023.05.004

30. Khazaei S, Jenabi E. The association between polyhydramnios and the risk of placenta abruption: a meta-analysis. J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet [Internet]. septiembre de 2020;33(17):3035–40. Disponible en: https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1566898

31. Fathey A, Salama H, Omara M, Mostafa M. Predictors of placental abruption during expectant management of premature preterm rupture of membranes. Menoufia Med J [Internet]. el 27 de julio de 2022;35(2):788–95. Disponible en: https://doi.org/10.4103/mmj.mmj_250_21

32. Moll U, Olsson H, Landin-Olsson M. Women with a predisposition for diabetes have an increased risk of pregnancy complications, especially in combination with pregestational overweight. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. el 3 de febrero de 2020 [citado el 20 de junio de 2025];20(1):74. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s12884-020-2741-5

33. Fraser A, Catov JM. Placental syndromes and long-term risk of hypertension. J Hum Hypertens [Internet]. agosto de 2023;37(8):671–4. Disponible en: https://doi.org/10.1038/s41371-023-00802-4

34. Sangkhae V, Fisher AL, Wong S, Koenig MD, Tussing-Humphreys L, Chu A, et al. Effects of maternal iron status on placental and fetal iron homeostasis. J Clin Invest [Internet]. el 3 de febrero de 2020;130(2):625–40. Disponible en: https://doi.org/10.1172/JCI127341

35. Patrick HS, Mitra A, Rosen T, Ananth CV, Schuster M. Pharmacologic intervention for the management of retained placenta: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. Am J Obstet Gynecol [Internet]. septiembre de 2020;223(3):447.e1-447.e19. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.06.044

36. Alves ÁLL, Francisco AA, Osanan GC, Vieira LB. Postpartum hemorrhage: prevention, diagnosis and non-surgical management. Rev Bras Ginecol E Obstet Rev Fed Bras Soc Ginecol E Obstet [Internet]. noviembre de

2020;42(11):776–84. Disponible en: https://doi.org/10.1055/s-0040-1721882

37. Patrick, Haylea; Mitra, Anjali; Rosen T. Pharmacologic intervention for the management of retained placenta: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. Am J Obstet Gynecol. 2020;223(3):441–7. Disponible en https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.06.044

38. Bienstock J, Eke A, Hueppchen N. Postpartum Hemorrhage. N Engl J Med. 2023;384(17):1635–45. Disponible en: https://doi.org/10.1056/NEJMra1513247

39. Lage Á, Amorim A. Postpartum hemorrhage: prevention, diagnosis and non-surgical management. Rev Bras Ginecol Obstet. 2020;42(11):776–84. Disponible en: https://doi.org/10.1055/s-0040-1721882

40. Sentilhes L, Kayem G, Mattuizzi A. Conservative approach: Intentional retention of the placenta. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol [Internet]. abril de 2021;72:52–66. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.07.010

41. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología [Internet]. 2023 [citado el 20 de junio de 2025]. 1–382 p. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5116461/Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología 2023.pdf?v=1694526164

42. Russell RT. WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta. Hum Fertil [Internet]. junio de 2011 [citado el 24 de junio de 2025];14(2):129–129. Disponible en: http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/14647273.2010.529650

43. The WHO STEPwise approach to noncommunicable disease risk factor surveillance [Internet]. [citado el 24 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/ncds/ncd-surveillance/steps/steps-manual.pdf

44. Chauhan G, Tadi P. Physiology, Postpartum Changes. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado el 24 de

junio de 2025]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555904/

45. New brief outlines devastating harms from tobacco use and exposure to second-hand tobacco smoke during pregnancy and throughout childhood - Report calls for protective policies [Internet]. [citado el 24 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/news/item/16-03-2021-new-brief-outlines-devastating-harms-from-tobacco-use-and-exposure-to-second-hand-tobacco-smoke-during-pregnancy-and-throughout-childhood
46. A roadmap to combat postpartum haemorrhage between 2023 and 2030 [Internet]. [citado el 24 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240081802
47. Cusi Mamani EV. Factores asociados a la anemia posparto en pacientes puérperas del Hospital de Contingencia Antonio Lorena, 2018 – 2019 [Internet]. 2020. Disponible en: https://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/20.500.12918/5384
48. Mosquera Jiménez SV. "Atonía uterina en paciente multigesta de 20 años por parto prolongado e inducido" [Internet] [bachelorThesis]. Babahoyo :UTB, 2019; 2019 [citado el 20 de junio de 2025]. Disponible en: http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/5783
49. Gill P, Henning JM, Carlson K, Van Hook JW. Abnormal Labor. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado el 20 de junio de 2025]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459260/
50. Cooper DB, Menefee GW. Dilation and Curettage. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado el 20 de junio de 2025]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568791/
51. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. Number 47, October 2003: Prophylactic Antibiotics in Labor and Delivery. Obstet Gynecol [Internet]. octubre de 2003 [citado el 2 de julio de 2025];102(4):875–82. Disponible en: http://journals.lww.com/00006250-200310000-00043
52. Idealistiana L, Savitri M, Lestari MA, Rabiah, Ashar ASO. Factors That

Influence the Incidence of Retained Placenta in Maternity Women in Kanekes Village, Baduy Tribe, Indonesia. Natl J Community Med [Internet]. el 1 de septiembre de 2024 [citado el 20 de junio de 2025];15(09):754–7. Disponible en: https://doi.org/10.55489/njcm.150920244129

53. Cohen G, Kovo M, Biron-Shental T, Markovitch O, Daykan Y, Schreiber H. Risk factors for retained placenta in a first pregnancy—A clinical trial. Int J Gynecol Obstet [Internet]. 2023 [citado el 12 de junio de 2025];163(1):194–201. Disponible en: https://doi.org/10.1002/ijgo.14800

54. Favilli A, Tosto V, Ceccobelli M, Parazzini F, Franchi M, Bini V, et al. Risk factors for non-adherent retained placenta after vaginal delivery: a systematic review. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. el 31 de marzo de 2021 [citado el 12 de junio de 2025];21:268. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s12884-021-03721-9

55. Orellana Cole RA, Requeséns Herr AP de, Parra Silva CV. Prevalencia y factores asociados a incidentes y eventos adversos en la maternidad del Hospital San Juan de Dios entre 2021-2022. Prevalence and factors associated with incidents and adverse events in San Juan de Dios Hospital maternity between 2021-2022 [Internet]. 2022 [citado el 12 de junio de 2025]; Disponible en: https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/190031

56. Matos MLS da S, Soares BRB, Lucena RA de, Bezerra ABNN, Bozza R de A, Castro GP de, et al. Causalidade e fatores de risco para hemorragia pós-parto: uma revisão integrativa. Res Soc Dev [Internet]. el 30 de noviembre de 2022 [citado el 20 de junio de 2025];11(16):e74111637507–e74111637507. Disponible en: https://doi.org/10.33448/rsd-v11i16.37507

57. Canchari Huaman MC. Hemorragia postparto por retención placentaria en el I nivel de atención. Lima - 2019. Univ José Carlos Mariátegui [Internet]. 2023 [citado el 20 de junio de 2025]; Disponible en: https://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/20.500.12819/1931

58. Negreiros Paredes RE. Multiparidad, antecedentes de legrado uterino, parto prolongado y cesárea previa como factores de riesgo asociados a retención placentaria en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco – La Libertad 2015 al 2016. Univ César Vallejo [Internet]. 2018 [citado el 12 de junio de 2025];

Disponible en: https://renati.sunedu.gob.pe/handle/renati/1537489

59. Perales Sinche LY. Factores asociados a la retención de restos placentarios en puérperas de la micro red de salud puerto Ocopa, Satipo 2019. el 28 de septiembre de 2021 [citado el 1 de abril de 2025]; Disponible en: https://hdl.handle.net/20.500.14597/4317

60. Rodríguez JIH. Las prácticas investigativas contemporáneas. Los retos de sus nuevos planteamientos epistemológicos. Rev Sci [Internet]. el 5 de febrero de 2018 [citado el 20 de junio de 2025];3(7):6–15. Disponible en: https://doi.org/10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2018.3.7.0.6-15

61. Chacma-Lara E, Laura-Chávez T. [Quantitative research: Seeking the standardization of a taxonomic scheme]. Rev Med Chil [Internet]. septiembre de 2021;149(9):1382–3. Disponible en: https://doi.org/10.4067/S0034-98872021000901382

62. Zacarías H, Supo J. MetodologÍa de la InvestigaciÓn CientÍfica: Para Las Ciencias de la Salud y Las Ciencias Sociales [Internet]. Bioestadistico; 2020. 338 p. Disponible en: https://books.google.com.pe/books/about/MetodologÍa_de_la_InvestigaciÓn_Cient.html?id=WruXzQEACAAJ&redir_esc=y

VIII. ANEXOS

Anexo 1: Resolución Decanal

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA "DANIEL ALCIDES CARRION"
DECANATO

Resolución Decanal N° 287-D-FMHDAC-UNICA-25

Ica, 15 *de* abril *de* 2025

VISTO:

El Oficio Nº 257-2025-DUI-FMHDAC-UNICA, remitido por el Director de la Unidad de Investigación de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión", de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga".

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Rectoral Nº 440-R-UNICA-2024, de fecha 27 de noviembre de 2024, se ratifica la Resolución N° 119-CEU-UNICA-2024, del 27 de noviembre de 2024, del Comité Electoral Universitario y, se nombra al Dr. FRANCISCO ROBERTO MUNIVE BENDEZU, como Decano de la Facultad de Medicina Humana Daniel Alcides Carrión", de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga", por el periodo comprendido del 25 de noviembre de 2024 al 29 de setiembre de 2028;

Que, mediante Oficio N° 01222-2024-SUNEDU-DS-DIRGRATU-URGT, de fecha 02 de diciembre de 2024, la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria-SUNEDU a través de la Jefatura de la Unidad de Registro de Grados y Títulos, ha procedido a la inscripción de la firma del Dr. Francisco Roberto Munive Bendezú, como Decano (Titular) de la facultad de Medicina Humana;

Que, la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión", es una unidad de formación académica, profesional y de gestión, que forma profesionales médicos generales y de 2da. Especialidad y desarrolla sus actividades dentro de la autonomía de gobierno, académica y administrativa;

Que, con Oficio de Visto, el Director de la Unidad de Investigación de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión", comunica que el (la) docente, Dra. MEZA LEON, JESUS NICOLASA, asesora del Proyecto de Tesis Titulado: "FACTORES DE RIESGO DE RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS EN PACIENTES DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DE SOCORRO, 2024.", del egresado (a): HUAMAN CESAR, LOIDA ANABEL, para optar el Titulo de Médico Cirujano, ha presentado el informe de aprobación del proyecto en mención y solicita emitir la Resolución Decanal correspondiente, para lo cual adjunta el Acta de aprobación, la Constancia de Antiplagio y el proyecto de tesis culminado;

En uso de las atribuciones conferidas al Señor Decano de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión", por el Artículo 70º de la Ley Universitaria N° 30220 y, Artículo 39º del Estatuto Universitario.

SE RESUELVE:

Artículo Unico.- Aprobar, el Proyecto de Tesis, para optar el Título de Médico Cirujano que a continuación se detalla: **"FACTORES DE RIESGO DE RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS EN PACIENTES DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DE SOCORRO, 2024."**

Autor : **- egresado (a): HUAMAN CESAR, LOIDA ANABEL**

Asesor: **- Dra. MEZA LEON, JESUS NICOLASA**

Regístrese, Comuníquese y Archívese.

Universidad Nacional "San Luis Gonzaga"
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
"DANIEL ALCIDES CARRION"

Dr. FRANCISCO ROBERTO MUNIVE BENDEZU
DECANO

FRMB/ecm
c.c. - Unidad de Investigación
- Asesor
- Interesado
- Archivo

Anexo 2: Solicitud de ejecución de estudio

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE ICA
U.E. 405 HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO-ICA
"Año de la Recuperación y Consolidación De La Economía Peruana"

HSMSI

Ica, 21 de mayo del 2025

MEMORANDO N° 160 -2025-HSMSI-ACAP/J-UADI

PARA : **ING. ALEJANDRO VALDIVIA RETAMOZO**
Jefe de La Unidad de Estadística e Informática

ASUNTO : BRINDAR FACILIDADES A LA TESISTA recolección de Datos.

REF : : FUT. N°00008063

Me dirijo a usted, para comunicarle que la señorita **HUAMÁN CESAR, LOIDA ANABEL,** alumna egresada de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de la facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión", cuenta con la aprobación del Comité de Ética e Investigación del Hospital Santa María Del Socorro, de Ica, para aplicar su instrumento de investigación (con la modalidad de recopilación de datos mediante historias Clínicas) de la Tesis; **"FACTORES DE RIESGO DE RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS EN PACIENTES DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, 2024."** facilidades correspondientes.

Asimismo, se indica que este documento no tiene valor oficial para ser presentado externamente, ya que solo es referencial para que la tesista extraiga información, que será sometida a consideración del Comité de Ética e investigación del Hospital, quien validara los datos (Informe Final) al 100% al término de la investigación con la finalidad que se expida la constancia de conformidad de datos.

Atentamente
GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

MG. C.D. LUIS ALFREDO HUARANCCA TIPIANA
Jefe Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

C.c. Archivo
Tesista: Huamán Cesar, Loida Anabel
LHTJ-UADI

Calle Castrovirreyna N°759
UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION
Email: udocencia@hospitalsocorroica.gob.pe
Ica

DECLARACIÓN JURADA DE LA INVESTIGADORA

Yo, HUAMAN CESAR, LOIDA ANABEL DNI. 70097283, en calidad de Investigador(a) Principales del estudio titulado:

"FACTORES DE RIESGO DE RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS EN PACIENTES DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, 2024" aprobado por el **Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Santa María del Socorro (CIEI-HSMS),** mediante **Constancia de Aprobación CIEI-HSMS N° -2025,** en cumplimiento de la normativa vigente en ética en investigación y con pleno conocimiento de las responsabilidades que asumo, **declaro bajo juramento lo siguiente:**

1. **ORIGINALIDAD Y RESPONSABILIDAD.**
   - Me comprometo a llevar a cabo una **investigación original,** evitando cualquier forma de plagio, falsificación o manipulación de datos.
   - Asumo **toda la responsabilidad** sobre la veracidad, integridad y ética en la ejecución del estudio, así como en la interpretación de los resultados.
   - Declaro que el estudio cumplirá con los principios de la **Declaración de Helsinki,** la normativa nacional vigente y las directrices establecidas por el **CIEI-HSMS.**
2. **RESPONSABILIDAD ÉTICA Y CUMPLIMIENTO DE NORMATIVAS**
   - Garantizo que el estudio respetará los **derechos, dignidad, confidencialidad y bienestar** de los participantes.
   - Declaro que la recolección de datos solo se realizará **tras obtener los consentimientos informados** correspondientes, cuando sea aplicable.
   - Me comprometo a **respetar la Ley N° 29733** de Protección de Datos Personales y asegurar el uso adecuado de la información obtenida.
3. **INFORMES Y MONITOREO**
   - Me comprometo a presentar **los informes de avances y el informe final de la investigación** según los plazos establecidos por el **CIEI-HSMS.**
   - En caso de detectar **eventos adversos o riesgos éticos,** informaré inmediatamente al **CIEI-HSMS.**
   - Me comprometo a **no modificar el protocolo aprobado** sin autorización previa del **CIEI-HSMS.**
4. **EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD A LA INSTITUCIÓN**
   - Declaro que el **Hospital Santa María del Socorro** y el **CIEI-HSMS** no asumen ninguna responsabilidad legal, ética o académica derivada de la ejecución de la investigación.
   - Asumo la **total responsabilidad** ante cualquier controversia ética, legal o científica que pudiera surgir como consecuencia de la investigación.
5. **USO Y DISPOSICIÓN DE LOS RESULTADOS.**
   - Me comprometo a que los resultados del estudio sean utilizados únicamente con fines **científicos y académicos,** respetando las normativas de publicación y divulgación ética.
   - En caso de publicación en revistas indexadas, incluiré la mención correspondiente a la aprobación del **CIEI-HSMS.**

DECLARACIÓN FINAL

Ica, 21 de mayo de 2025

Firma:

Tesista: Huaman Cesar, Loida Anabel Bajo juramento, ratifico que la información consignada en esta declaración es **veraz** y que cumpliré con todas las responsabilidades descritas.

Investigador(a) Principal
DNI. 70097283

CÓDIGO DE REGISTRO: R-2025-100-45

CONSTANCIA

Se suscribe, en calidad de presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) del Hospital Santa María del Socorro, certifico que Informe Final de Investigación para realizar la tesis de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga" con título **"FACTORES DE RIESGO DE RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS EN PACIENTES DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, 2024"** ha sido evaluado y aprobado por nuestro comité. Confirmamos que el informe final del proyecto de tesis para optar el Título Profesional cumple con los estándares requeridos y que se ejecutará bajo la responsabilidad de la investigadora, **HUÁMAN CESAR LOIDA ABABEL, durante su ejecución en el Hospital Santa Maria del Socorro de Ica.** Este proyecto incluye los siguientes documentos:

- Informe Final
- Declaración de la investigadora

La aprobación es válida por un año hasta el año **18/06/2026.** Se deberá iniciar el proceso de renovación 30 días antes de su vencimiento.

En caso de requerir una renovación, el investigador principal deberá someterse a una nueva revisión por parte del CIEI al menos un mes antes de la fecha de expiración.

Como investigador principal, es su responsabilidad informar al CIEI sobre cualquier modificación al protocolo aprobado que pueda requerir una enmienda al proyecto. Además, se espera que responda a las solicitudes de seguimiento del proyecto realizadas por el CIEI y notifique la finalización del estudio de acuerdo con los reglamentos establecidos.

Ica, 01 de julio del 2025

DR. JORGE LUIS YBASETA MEDINA
PRESIDENTE DEL CIEI DEL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

cc. Investigador(a)

Anexo 3: Instrumento de recolección de información

Validez y confiabilidad de un formulario de recolección de datos “FACTORES ASOCIADOS A LA RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS EN PARTURIENTAS DEL HOSPITALREGIONAL DE AYACUCHO, AÑO 2010-2015”

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

FICHA ESTRUCTURADA

Fecha:…/…/… N°……..

1. EDAD

a) 13-19 años ☐

b) 20-30 años ☐

b) 31-45 años ☐

2. PARIDAD:

a) Nulípara ☐

a) Primípara ☐

b) Multípara ☐

c) Gran multípara ☐

3. ANTECEDENTES DE ABORTO

a) Si ☐

b) No ☐

4. ANTECEDENTES DE CESÁREA:

a) Si ☐

b) No ☐

5. DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA:

a) Si ☐

b) No ☐

6. PLACENTA PREVIA:

a) Si ☐

b) No ☐

7. ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS:

a) Si ☐

b) No ☐

8. PARTO PRETÉRMINO:

a) Si ☐

b) No ☐

9. TIPO DE ALUMBRAMIENTO:

a) Espontáneo ☐

b) Inducido o activo ☐

c) Manual ☐

10. RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS:

a) SI ☐

b) NO ☐

“Factores de riesgo de retención de restos placentarios en pacientes del Hospital Santa María de Socorro, 2024”

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS MODIFICADA

N° de ficha: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS

Diagnóstico: Presente / Ausente

FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS

Edad: ____ años

Procedencia: Urbano / Rural

Tabaquismo: No / Sí

Alcoholismo: No / Sí

Consumo de drogas: No / Sí

FACTORES GINECO-OBSTÉTRICOS

Primiparidad: No / Sí

Parto inducido: No / Sí

Placenta previa: Ausente / Presente

Polihidramnios: Ausente / Presente

Desprendimiento prematuro de placenta: Ausente / Presente

Parto prolongado: Ausente / Presente

Antecedente de legrado uterino: Ausente / Presente

FACTORES CLÍNICO-PATOLÓGICOS

Diabetes mellitus: Ausente / Presente

Hipertensión arterial: Ausente / Presente

Anemia: Ausente / Presente

Obesidad: Ausente / Presente

Infección del tracto urinario (ITU): Ausente / Presente

Anexo 5: Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Indicadores	índices	Fuente de información	Instrumento	Escala de medición
Dependiente: Retención de restos placentarios en puérperas	Fragmentos placentarios que permanecen dentro del útero después del parto.	Retención de restos placentarios	Se entiende como la condición en la que fragmentos placentarios permanecen dentro del útero después del parto, lo que puede causar complicaciones como hemorragias o infecciones.	Placenta incompleta	• Si • No	Historia clínica	Ficha de recolección de datos	Escala nominal
Independiente: Factores de riesgo de retención de restos placentarios	Son condiciones maternas, obstétricas, uterinas o placentarias presentes antes o	Factores epidemiológicos	Factores que influyen en la incidencia y propagación de este problema en las puérperas.	• Edad • Procedencia • Tabaquismo • Alcoholismo • Consumo de drogas	• Años • Urbano Rural • No Si • No Si • No • Si	Historia clínica	Ficha de recolección de datos	• Escala de razón • Escala nominal • Escala nominal • Escala nominal

	durante el parto, que aumentan la probabilidad de que fragmentos de la placenta o membranas queden retenidos en la cavidad uterina tras el alumbramiento.							• Escala nominal
		Factores gineco-obstétricos	Son las condiciones ginecológicas y obstétricas patológicas de la madre que condicionan una retención de restos placentarios.	• Primiparidad • Parto inducido • Placenta previa • Polihidramnios • Desprendimiento prematuro de placenta • Parto prologado • Antecedente de legrado uterino	• No Si • No Si • Ausente Presente • Ausente Presente • Ausente Presente • Ausente Presente • Ausente Presente	Historia clínica	Ficha de recolección de datos	• Escala nominal • Escala nominal • Escala nominal • Escala nominal • Escala nominal • Escala nominal • Escala nominal
		Factores clinico-patologicos	Aquellos elementos relacionados con la salud clínica y las alteraciones patológicas que influyen en la aparición y evolución de esta complicación postparto.	• Diabetes mellitus • Hipertensión arterial • Anemia • Obesidad • Infección del tracto urinario	• Ausente Presente • Ausente Presente • Ausente Presente • Ausente Presente • Ausente Presente	Historia clínica	Ficha de recolección de datos	• Escala nominal • Escala nominal • Escala nominal • Escala de razón • Escala nominal • Escala nominal

Anexo 6: Matriz de consistencia

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
GENERAL: ¿Cuáles son los factores de riesgo de retención de restos placentarios en pacientes del Hospital Santa María de Socorro en el 2024? **Específicos:** **PE1:** ¿Cuáles son los factores epidemiológicos de riesgo de retención de restos placentarios en pacientes del Hospital Santa María de Socorro en el 2024? **PE2:** ¿Cuáles son los factores clínico- Cuáles son los factores gineco-obstétricos de riesgo de retención de restos placentarios en pacientes del Hospital Santa María de Socorro en el 2024? **PE3:** ¿Cuáles son los factores clínico-patológicos de riesgo de retención de restos placentarios en pacientes del Hospital Santa María de Socorro en el 2024?	**GENERAL:** Determinar los factores de riesgo de retención de restos placentarios en pacientes del Hospital Santa María de Socorro en el 2024. **Específicos:** **OE1:** Determinar los factores epidemiológicos de riesgo de retención de restos placentarios en pacientes del Hospital Santa María de Socorro en el 2024. **OE2:** Establecer los factores gineco-obstétricos de riesgo de retención de restos placentarios en pacientes del Hospital Santa María de Socorro en el 2024. **OE3:** Identificar los factores clínico-patológicos de riesgo de retención de restos placentarios en pacientes del Hospital Santa María de Socorro en el 2024.	**GENERAL:** Existen factores de riesgo de retención de restos placentarios en pacientes del Hospital Santa María de Socorro en el 2024. **Específicos:** **HE1:** Existen factores epidemiológicos de riesgo de retención de restos placentarios en pacientes del Hospital Santa María de Socorro en el 2024. **HE2:** Existen factores gineco-obstétricos de riesgo de retención de restos placentarios en pacientes del Hospital Santa María de Socorro en el 2024. **HE2:** Existen factores clínico-patológicos de riesgo de retención de restos placentarios en pacientes del Hospital Santa María de Socorro en el 2024.	**VARIABLE DEPENDIENTE** Retención de restos placentarios **VARIABLES INDEPENDIENTES** **Factores epidemiológicos** • Edad • Procedencia • Tabaquismo • Alcoholismo • Consumo de drogas **Factores gineco-obstétricos** • Primiparidad • Parto inducido • Placenta previa • Polihidramnios • Desprendimiento prematuro de placenta • Parto prologado • Antecedente de legrado uterino **Factores clínico-patológicos** • Diabetes mellitus • Hipertensión arterial • Anemia • Obesidad • Infección del tracto urinario (ITU)

Diseño metodológico	Población y Muestra	Técnicas e Instrumentos
Enfoque: Cuantitativo **Diseño**: Observacional, analítico, transversal y retrospectivo. **Nivel**: Relacional	**Población:** Los pacientes del estudio fueron mujeres atendidas en el Hospital Santa María del Socorro durante el año 2024. Según información proporcionada por el establecimiento, se identificó que la población total estimada asciende a 1259 pacientes, de las cuales 267 presentan antecedentes de retención de restos placentarios, lo que permite delimitar la población afectada para el análisis. **Criterios de inclusión:** • Mujeres con partos atendidos en el en el Hospital Santa María del Socorro durante el año 2024. • Pacientes con al menos un control prenatal registrado en el periodo de estudio. **Criterios de exclusión** • Historias clínicas con datos incompletos o ilegibles. • Pacientes con antecedentes quirúrgicos que alteren las condiciones uterinas (por ejemplo, histerectomía). • Mujeres con enfermedades congénitas uterinas documentadas en sus antecedentes médicos. **Muestreo:** 74 casos y 74 controles **Muestra:** Aleatorio simple	**Técnica:** Ficha de recolección de datos **Instrumento:** Ficha de recolección de datos **Software Estadístico:** SPSS v26.0 **Pruebas estadísticas:** Chi2 de Pearson y Odds ratio al 95% de confianza