

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA RETENCIÓN DE RESTOS
PLACENTARIOS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA 2020 AL 2024**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

VENTURA ARENAS BRIAN JOSE

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

ICA – PERÚ

2025

ASESOR

DRA. LEGUA BARRIOS MIRIAM JESUS

ORCID: 0000-0002-4993-0909

TESISTA

VENTURA ARENAS BRIAN JOSE

ORCID: 0009-0009-2266-3044

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN
SALUD GLOBAL**

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, a dios, por permitirme lograr mis metas y estar en mi camino.

En segundo lugar, a mi familia, por siempre apoyarme en cada aspecto personal y profesional de mi vida.

DEDICATORIA

A Dios, por ser la fuente de fortaleza, sabiduría y perseverancia en cada momento de este proceso. Su guía me ha permitido superar las dificultades y mantenerme firme en la búsqueda de mis objetivos académicos y personales.

A mi familia, por su amor incondicional y constante apoyo. A mis padres, por inculcarme desde siempre los valores del esfuerzo, la responsabilidad y la integridad; a mis hermanos, por sus palabras de ánimo y compañía en los momentos más exigentes. Este logro no solo me pertenece, sino que también es reflejo del respaldo y ejemplo que siempre he recibido de ellos.

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados a la retención de restos placentarios en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2020 al 2024.

Metodología. Investigación de corte transversal, retrospectiva, Observacional y analítica. Nivel de Investigación Explicativa, en 127 casos (Gestante con retención de restos placentarios) comparados con 254 controles gestantes sin retención de restos placentarios (2 controles por cada caso). Resultados. En el análisis multivariado determinó que los factores estudiados están directamente asociados a la retención de resto placentarios: La edad de 20 a más años [OR= 2,408 (IC95%: 1,310-4,426) p= ,005], Paridad de 2 a más [OR= 2,408(IC95%: 1,310-4,426) p= ,004], antecedente de cesárea anterior [OR=3,665 (IC95%: 1,816-7,397) p= ,000], antecedente de legrado uterino [OR=2,263 (IC95%: 1,221-4,195) p= ,010], tener periodo intergenésico corto [OR= 4,080 (IC95%: 1,043-15,960) p= ,043], el parto prematuro [OR= 3,092 (IC95%: 1,454-6,578) p= ,003], el parto prolongado [OR= 3,575 (IC95%: 1,687-7,574) p= ,001], la anemia en el tercer trimestre de gestación [OR=2,224 (IC95%: 1,192-4,150) p= ,012], la rotura prematura de membranas [OR=4,015 (IC95%: 1,828-8,819) p= ,001], presentar líquido amniótico verde [OR=6,767 (IC95%: 3,099-14,780) p= ,000], tener preeclampsia [OR=5,411 (IC95%: 2,115-13,846) p= ,001] y tener un alumbramiento tipo Duncan [OR=4,078 (IC95%: 1,759-9,455) p= ,001].

Conclusiones. Los factores de riesgo estudiados se encuentran directamente asociados a la retención de restos placentarios.

Palabras claves. Factores, riesgo, asociados, retención, restos, placentarios

ABSTRACT

Objective: To determine the risk factors associated with retained placental fragments in pregnant women attended at Santa María del Socorro Hospital in Ica from 2020 to 2024.

Methodology: An observational, cross-sectional, retrospective, and analytical study with an explanatory research level was conducted. The study included 127 cases (pregnant women with retained placental fragments) compared to 254 controls (pregnant women without retained placental fragments), with a ratio of 2 controls per case.

Results: The multivariate analysis determined that the studied factors were directly associated with retained placental fragments. These factors include: age of 20 years or older (OR=2.408, 95% CI: 1.310-4.426, $p=.005$), parity of 2 or more (OR=2.408, 95% CI: 1.310-4.426, $p=.004$), history of previous cesarean section (OR=3.665, 95% CI: 1.816-7.397, $p<.001$), history of uterine curettage (OR=2.263, 95% CI: 1.221-4.195, $p=.010$), a short interpregnancy interval (OR=4.080, 95% CI: 1.043-15.960, $p=.043$), preterm delivery (OR=3.092, 95% CI: 1.454-6.578, $p=.003$), prolonged labor (OR=3.575, 95% CI: 1.687-7.574, $p=.001$), anemia in the third trimester of gestation (OR=2.224, 95% CI: 1.192-4.150, $p=.012$), premature rupture of membranes (OR=4.015, 95% CI: 1.828-8.819, $p=.001$), presence of meconium-stained amniotic fluid (OR=6.767, 95% CI: 3.099-14.780, $p<.001$), preeclampsia (OR=5.411, 95% CI: 2.115-13.846, $p<.001$), and a Duncan mechanism of placental delivery (OR=4.078, 95% CI: 1.759-9.455, $p=.001$).

Conclusions: The studied risk factors are directly associated with the retention of placental fragments.

Keywords: Factors, risk, associated, retained, placental, fragments.

INTRODUCCIÓN

El alumbramiento, o tercera etapa del parto, es un proceso fisiológico crucial que, aunque a menudo transcurre sin incidentales, alberga el potencial de complicaciones graves que amenazan la vida de la madre. Entre estas, la retención de restos placentarios se erige como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna a nivel mundial, principalmente a través de sus dos secuelas más temidas: la hemorragia postparto y la infección puerperal¹. La hemorragia postparto, a menudo causada por la atonía uterina secundaria a una retención, sigue siendo la principal causa de muerte materna en países de bajos y medianos ingresos. Por su parte, los restos placentarios retenidos actúan como un nido para la proliferación bacteriana, pudiendo desencadenar una endometritis o, en casos severos, una sepsis puerperal².

La fisiología del alumbramiento es un evento finamente orquestado que depende de dos mecanismos interconectados: la separación completa de la placenta del lecho uterino y la contracción potente y sostenida del miometrio para expulsar la placenta y colapsar los vasos sanguíneos del sitio de implantación. La retención de restos placentarios ocurre cuando este delicado proceso falla. Esto puede deberse a una adherencia anormalmente tenaz de la placenta (acretismo focal), a una separación incompleta o a una inercia uterina que impide la expulsión de fragmentos ya separados³.

La presente investigación tiene como objetivo general determinar los factores de riesgo asociados a la retención de restos placentarios en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica durante el periodo 2020 al 2024.

Estructurada en cinco capítulos, en la que en el primero se trata de la problemática, los objetivos, e hipótesis, mientras que en el segundo capítulo se hace una revisión de la literatura, en el tercer capítulo se indica la metodología empleada, en tanto que en el cuarto capítulo se presentan los resultados y en el quinto la discusión conclusiones y recomendaciones terminados con la bibliografía y anexos.

ÍNDICE

Carátula	
Asesor y Tesista	II
Línea de investigación	III
Agradecimiento	IV
Dedicatoria	V
Resumen	VI
Abstract	VII
Introducción	VIII
Índice	IX
Informe de antiplagio	XI
Lista de tablas	XVI
Lista de anexos	XVII
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	2
1.2.1. Problema general	2
1.2.2. Problemas específicos	2
1.3. Justificación	3
1.4. Delimitación del área de estudio	4
1.5. Limitaciones de la investigación	4
1.6. Objetivos	5
1.6.1. Objetivo general	5
1.6.2. Objetivos específicos	5
1.7. Hipótesis	5
1.7.1 Hipótesis general	5
1.7.2. Hipótesis específicas	5
1.8. Propósito	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	

2.1. Antecedentes de la investigación	7
2.2. Bases teóricas	12
2.3. Definición de conceptos operacionales	24
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. Diseño metodológico	26
3.1.1. Tipo de investigación	26
3.1.2. Nivel de investigación	26
3.2. Variables de estudio	26
3.3. Definición operacional de términos	27
3.4. Población y muestra	28
3.5. Criterios de selección	28
3.6. Instrumentos de recolección de datos	39
3.7. Procesamiento y análisis de datos	30
3.8. Aspectos éticos	30
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	
4.1. Resultados	32
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Discusión	37
5.2. Conclusiones	42
5.3. Recomendaciones	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
ANEXOS	50

INFORME DE ANTIPLAGIO



Brian Jose VENTURA ARENAS TESIS - VENTURA ARENAS BRIAN JOSE

 TESIS

Detalles del documento

Identificador de la entrega
tmcoid::3117:502047066

Fecha de entrega
22 sept 2025, 13:27 GMT-5

Fecha de descarga
23 oct 2025, 21:56 GMT-5

Nombre del archivo
TESIS - VENTURA ARENAS BRIAN JOSE.docx

Tamaño del archivo
3.5 MB

79 páginas

15.018 palabras

85.523 caracteres



7% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Coincidencias menores (menos de 15 palabras)
- Trabajos entregados

Fuentes principales

- 7%  Fuentes de Internet
- 0%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitan distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

*% detectado como IA

La detección de IA incluye la posibilidad de que haya falsos positivos. Aunque cierto texto en esta entrega se generó probablemente con IA, los puntajes inferiores al umbral del 20 % no aparecen porque tienen una mayor probabilidad de falsos positivos.

Precaución: Se necesita revisión.

Es esencial comprender los límites de la detección de IA antes de tomar decisiones acerca del trabajo del estudiante. Te alentamos a obtener más información acerca de las funciones de detección de IA de Turnitin antes de usar la herramienta.

Alerta legal

Nuestra evaluación de escritura con IA está diseñada para ayudar a los académicos a identificar texto que podrían haberse preparado mediante una herramienta de IA generativa. Es posible que nuestra evaluación de escritura con IA no siempre sea precisa (existe la posibilidad de que identifique erróneamente redacciones probablemente generadas por humanos como generadas por IA, y redacciones probablemente generadas por IA como generadas por humanos), por lo que no debe usarse como único fundamento para aplicar sanciones a un estudiante. Para determinar si es un caso de deshonestidad académica, se necesita de un escrutinio mayor y el juicio humano, junto con la aplicación de las políticas académicas específicas de la organización.

Preguntas frecuentes

¿Cómo debería interpretar los falsos positivos y el porcentaje de escritura con IA de Turnitin?

El porcentaje que se muestra en el reporte de escritura con IA es la cantidad del texto calificado en la entrega que el modelo de detección de escritura con IA de Turnitin determina se generó probablemente con IA desde un modelo de lenguaje de gran tamaño.

Los falsos positivos (que marcan incorrectamente alertas de texto escrito por humanos como generado con IA) son una posibilidad en los modelos de IA.

Los puntajes de detección de IA inferiores al 20 %, que no aparecen en reportes nuevos, tienen una mayor probabilidad de ser falsos positivos. Para reducir la probabilidad de malinterpretación, no se atribuye ningún puntaje o resaltado y se indican con un asterisco en el reporte (*%).

El porcentaje de escritura con IA no debe ser el único fundamento para determinar si ha ocurrido una mala conducta. El revisor/instructor debería usar el porcentaje como un medio para iniciar una conversación formativa con sus estudiantes o usuario para examinar el ejercicio entregado según las políticas de la escuela.

¿Qué significa "texto calificado"?

Nuestro modelo sólo procesa texto calificado en la forma de escritura de formato largo. La escritura de formato largo se refiere a los enunciados individuales en párrafos que constituyen una parte más grande del trabajo escrito, como un ensayo, una disertación, un artículo, etc. El texto calificado que se ha determinado que se generó probablemente con IA se resaltará en color cyan en la entrega.

El texto no calificado, como viñetas, bibliografías comentadas, etc., no se procesará y puede crear disparidad entre los puntos destacados de la entrega y el porcentaje mostrado.





UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA
FILIAL ICA**

INFORME DE VERIFICACIÓN DE SOFTWARE ANTIPLAGIO

Fecha: 23/10/2025

Apellidos y Nombres del Estudiante: Ventura Arenas Brian José

Apellidos y Nombres del Asesor: Legua Barrios Miriam Jesús

Tipo de trabajo a verificar:

- Proyecto de tesis
- Proyecto de Investigación
- Trabajo Académico
- Trabajo de investigación
- Tesis
- Trabajo de suficiencia profesional
- Artículo Científico
- Otros

Informo ser propietario (a) de la investigación verificada por el software antiplagio vigente, el mismo tiene el siguiente título: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA 2020 AL 2024

Y culminada la verificación se obtuvo, 7 % DE SIMILITUD* y 0 % DE USO DE HERRAMIENTAS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL (IA)**.

Firma:

Asesor de tesis: Miriam Jesús Legua Barrios

DNI: 21463227

Firma:

Tesista: Brian José Ventura Arenas

DNI: 72866449

Firma: _____ (dejar en blanco en caso de ser tesista único)

Tesista (nombres y apellidos)

DNI:

* Colocar el porcentaje (%) obtenido luego del análisis del documento en evaluación con el software antiplagio vigente. Los límites superiores de coincidencia son 12% para documentos de posgrado y de 24% para documentos de pregrado.

** Colocar 0% si no se usó IA, en caso el software detecte un uso menor al 20% (Simbolizado como *IA) el asesor deberá asegurarse de que este uso se encuentre referenciado en la bibliografía. Si es mayor al 20%, se deberá reescribir el documento a fin de disminuir ese porcentaje por debajo del 20%.

LISTA DE TABLAS

Tabla 1	Factores de riesgo personales, asociados a la retención de restos placentarios en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2020 al 2024	32
Tabla 2	Factores de riesgo obstétricos, asociados a la retención de restos placentarios en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2020 al 2024	34
Tabla 3	Comparación entre el análisis bivariado y multivariado de los factores riesgo asociados a la retención de restos placentarios en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2020 al 2024	36

LISTA DE ANEXOS

Anexo N° 1	Operacionalización de las variables	52
Anexo N° 2	Matriz de consistencia	54
Anexo N°3	Instrumento	56
Anexo N°4	Juicio de expertos	58
Anexo N°5	Constancia de Comité de Ética	61
Anexo N°6	Permiso del Hospital	62

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 75% de las muertes relacionadas con el posparto son causadas por complicaciones durante el nacimiento, como hemorragias, infecciones, hipertensión arterial, retención placentaria, laceraciones y abortos espontáneos, y la retención placentaria ocurre en el 1 a 2% de los partos a nivel mundial¹.

La retención de tejido placentario o una placentación anormal contribuyen al 9-10% de los casos de hemorragia posparto. Si la placenta no se expulsa de manera espontánea, esta condición puede detectarse durante la evaluación del útero o mediante una ecografía realizada aproximadamente 30 minutos después del nacimiento. Además, el sangrado vaginal excesivo es una complicación frecuente tras el parto².

En Latinoamérica también la retención placentaria es una de las principales causas de sangrado vaginal en las primeras etapas del posparto, siendo superada únicamente por la atonía uterina. En muchos casos, aunque la placenta sea expulsada, pueden quedar restos como cotiledones o fragmentos de membranas, siendo la incidencia de esta complicación entre 1 a 5% sobre todo en países de pocos recursos económicos³.

Ante un sangrado vaginal en el período puerperal, es imprescindible realizar una evaluación urgente para determinar su causa. El 70% de los casos se deben a atonía uterina, el 20% a lesiones o traumas cervicales o vaginales, el 10% a retención placentaria, y menos del 1% están relacionados con coagulopatías⁴.

La hemorragia posparto es una de las emergencias obstétricas más graves debido a su alta tasa de morbilidad y mortalidad materna. Esta complicación afecta entre el 5% y el 10% de los nacimientos, siendo sus principales causas la relajación de los músculos uterinos y los traumatismos en el cuello uterino, el canal del parto, la placenta o las membranas⁵.

En la región de Moquegua, se considera que la hemorragia posparto está relacionada con atonía uterina, retención placentaria, laceraciones

cervicales y/o vaginales, y alteraciones en los factores de coagulación. Aunque la atonía uterina es la causa más frecuente, la retención placentaria representa una condición potencialmente mortal debido a los riesgos de hemorragias masivas, shock, infecciones y complicaciones derivadas del procedimiento de extracción placentaria⁶.

En Tacna se encontró que la causa de hemorragia posparto más frecuente fue la retención de restos placentario constituyendo el 52,4% de los casos⁷. Siendo la retención de restos de la placenta y las membranas ovulares uno de los factores relevantes de hemorragias posparto e incluso de endometritis cuando estos restos permanecen varios días con la consiguiente descomposición e infección que ponen en peligro la vida de la madre es que desarrollamos esta investigación enfocando en los factores que determinan su presencia sobre todo en aquellos que pueden ser modificables o disminuidos sus efectos negativos en la salud de la madre.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la retención de restos placentarios en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2020 al 2024?

1.2.2. Problemas Específico

¿Cuáles son los factores de riesgo personales asociados a la retención de restos placentarios en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2020 al 2024?

¿Cuáles son los factores de riesgo obstétricos asociados a la retención de restos placentarios en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2020 al 2024?

1.3. JUSTIFICACIÓN

1.3.1. Justificación

La retención de restos placentarios es una complicación obstétrica que puede tener graves consecuencias para la salud de las mujeres, incluyendo hemorragia posparto, infección y necesidad de intervenciones quirúrgicas. A pesar de su importancia, existen lagunas en la comprensión de los factores de riesgo asociados a esta condición.

La retención de restos placentarios es un problema de salud pública significativo en muchos países, incluyendo el Perú. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la hemorragia posparto, que puede ser causada por la retención de restos placentarios, es una de las principales causas de mortalidad materna en todo el mundo.

Justificación Metodológica. Este estudio utilizó un diseño de cohorte retrospectivo, que permitió analizar la relación entre los factores de riesgo y la retención de restos placentarios en una población de mujeres gestantes del Hospital Santa María Del Socorro de Ica. La recopilación de datos se realizó a través de la revisión de historias clínicas y la aplicación de un cuestionario a las mujeres que experimentaron retención de restos placentarios.

Justificación teórica. La información que se tienen sobre la problemática de esta complicación del tercer periodo del parto es escasa, de allí que con la revisión que se realizó en este estudio contribuirá en actualizar la información disponible que se tienen de esta condición, sobre todo porque la actualización de información es parte del avance de la ciencia.

Justificación práctica. Los resultados de este estudio son de gran utilidad para los profesionales de la salud, pues se trata de información obtenida con datos locales que pertenecen a un grupo de gestante en específico que es prototipo del tipo de gestantes que se tiene en la región, por lo que sus actividades de intervención se verán reforzadas con este estudio.

Justificación social. Los resultados de este estudio contribuirán a la comprensión de los factores de riesgo asociados a la retención de restos placentarios en mujeres peruanas. Esto permitirá a los proveedores de salud y a las autoridades de salud pública desarrollar estrategias efectivas para prevenir y manejar esta complicación obstétrica, lo que a su vez contribuirá a reducir la mortalidad y morbilidad materna en el Perú.

Viabilidad.

La investigación fue viable porque respecto a su financiación fue de responsabilidad del investigador en todo su desarrollo, se cuenta además con una muestra que refleja la realidad, y el autor declara no tener conflicto de intereses en el desarrollo de esta investigación.

1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

- Delimitación espacial. El escenario donde se realizó la investigación será en el Hospital Santa María del Socorro de Ica
- Delimitación temporal. La investigación fue sobre los casos de los años 2020 al 2024, sin embargo, el estudio se realizó posterior a la aprobación del proyecto por las autoridades de la Universidad San Juan Bautista.
- Delimitación social. La investigación fue desarrollada en los pacientes que tuvieron retención de restos placentarios cuando tuvieron parto entre los años 2020 al 2024.
- Delimitación conceptual. Investigación limitada a identificar los principales factores asociados a la retención de restos de placenta en el proceso de alumbramiento.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La limitación de esta investigación es que se realizó sobre datos pasados que podrían estar sesgados al no haber sido obtenidos por una misma persona y a propósito del estudio, además solo se estudió aquellos factores cuya información se dispone en las historias clínicas.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. Objetivo General

Determinar los factores de riesgo asociados a la retención de restos placentarios en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2020 al 2024

1.6.2. Objetivos Específicos

Identificar los factores de riesgo personales asociados a la retención de restos placentarios en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2020 al 2024

Verificar los factores de riesgo obstétricos asociados a la retención de restos placentarios en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2020 al 2024

1.7. HIPÓTESIS

1.7.1. Hipótesis general

Ha: Existen factores de riesgo asociados a la retención de restos placentarios en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2020 al 2024

1.7.2. Hipótesis específicas

Ha: Existen factores de riesgo personales asociados a la retención de restos placentarios en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2020 al 2024

Ha: existen factores de riesgo obstétricos asociados a la retención de restos placentarios en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2020 al 2024

1.8. PROPÓSITO

El propósito del estudio es establecer que factores se asocian a una mayor probabilidad de presentar retención de restos placentarios en el alumbramiento, a fin de que se pueda modificar los condicionantes para que en futuras situaciones se puedan evitar esta complicación.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Linseele M⁸. Resultados obstétricos en embarazos posteriores en mujeres con antecedentes de embarazo retenido: revisión sistemática en Bélgica, 2024. Diseño: Revisión sistemática. Pacientes: Mujeres con embarazo en curso que adoptaron una conducta expectante. Métodos: En agosto de 2023, se realizó una búsqueda exhaustiva en bases de datos electrónicas. Resultados: Se incluyeron ocho estudios de cohorte retrospectivos. Las anomalías placentarias se reportaron en el 15,2% de los casos (88 de 579). La hemorragia posparto ocurrió en el 7,6% de los casos (17 de 224), mientras que la rotura prematura de membranas se presentó en el 3,3% (2 de 61). El retraso del crecimiento intrauterino fue observado en el 4,9% (3 de 61) y la ruptura uterina en el 2,3% (1 de 43). Los trastornos hipertensivos del embarazo afectaron al 6,6% (4 de 61). La edad gestacional promedio fue de 37,5 semanas (media, DE: 2,8). Conclusión: La revisión evidenció una mayor incidencia de placentación anormal, recurrencia de embarazo retenido y ruptura uterina en comparación con la población general.

Velebil P⁹. Secuelas residuales del embarazo: análisis retrospectivo de 200 procedimientos quirúrgicos en Polonia, 2023. Objetivo: Las secuelas posparto son complicaciones poco comunes, afectando aproximadamente al 1% de los casos tras un parto vaginal o aborto. Materiales y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de 200 procedimientos quirúrgicos relacionados con complicaciones posparto durante un período de 64 meses. Resultados: La concordancia para diagnosticar placenta retenida después de una cesárea fue baja, alcanzando solo el 42%. En contraste, en mujeres sometidas a extracción manual de la placenta, la concordancia fue del 75%. Conclusiones: El diagnóstico de placenta retenida tras una cesárea mostró la tasa de concordancia más baja (42%). El legrado para tratar placenta retenida debe

basarse en una evaluación clínica minuciosa, considerando una tasa de falsos positivos del 38%.

Alam, S¹⁰. Evaluación de la placenta retenida: estudio en un hospital distrital de Bangladesh, 2022. El objetivo principal de este estudio fue analizar los factores asociados con la retención de la placenta. Métodos: Se llevó a cabo un estudio transversal con un muestreo intencional, que incluyó a 110 participantes. El diagnóstico de "placenta retenida" se realizó mediante una historia clínica detallada y un examen físico exhaustivo. Resultados: De los 110 casos, el 58,18% correspondían a mujeres de entre 21 y 30 años, mientras que el 20% tenía 20 años o menos. Además, el 64,55% de las participantes pertenecían a un nivel socioeconómico bajo, el 80,5% eran multíparas, el 69,09% presentaban diferentes grados de anemia y el 10,90% habían experimentado trabajo de parto prolongado. Conclusión: Diversos factores contribuyen a la retención de la placenta, siendo fundamentales para su adecuada prevención y manejo.

Alegría-Barrow E¹¹. Factores de riesgo maternos y fetales de hemorragia posparto pretérmino en Guatemala, 2023. Objetivo: Identificar los factores de riesgo maternos y fetales asociados con hemorragia posparto prematura. Métodos: Se llevó a cabo un estudio documental basado en una revisión bibliográfica. Resultados: Entre los factores sociodemográficos relacionados con la hemorragia posparto prematura se incluyeron ser adolescente (entre 10 y 19 años) o tener 35 años o más, ser analfabeto o tener un nivel educativo bajo, vivir en áreas rurales o con deficientes conexiones de transporte, entre otros. Guatemala presenta una de las tasas más altas de morbilidad materna por hemorragia posparto, con un estimado de 4 de cada 10 muertes maternas atribuibles a esta causa. Conclusión: Los factores de riesgo asociados con la hemorragia posparto prematura incluyen atonía uterina, laceraciones y retención de placenta.

Ramos-García B¹². Hemorragia posparto precoz y tardía en España, 2023. El objetivo de este estudio es analizar los factores de riesgo y las opciones de tratamiento para la hemorragia posparto. Este artículo es una revisión

sistemática de publicaciones relacionadas con hemorragia posparto temprana y tardía, basándose en una búsqueda en diversas bases de datos. Se seleccionaron diez artículos relevantes. Las principales causas identificadas incluyen retención de placenta, desprendimiento de placenta, placenta previa y partos que superan las 12 horas de duración. Conclusión: La retención de placenta se asocia con hemorragia posparto, especialmente en casos de parto prolongado.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Lucas-Santos C¹³. Factores obstétricos asociados a la retención placentaria en puérperas atendidas en el Centro de Salud La Unión, Huánuco, 2023. Objetivo: Identificar los factores de riesgo obstétricos relacionados con la retención placentaria. Metodología: El estudio fue de enfoque cuantitativo, de tipo relacional, con un diseño observacional retrospectivo y transversal. Resultados: La frecuencia de retención placentaria en mujeres posparto atendidas fue del 12%. Entre las características sociales destacaron las mujeres jóvenes (50%). En cuanto a los años de escolaridad, el 61% había completado la educación secundaria. El factor obstétrico prenatal más prevalente fue la multiparidad (83%). La mayoría de las mujeres presentó una edad gestacional a término (94%) y una interfase normal (64%). Otros factores asociados incluyeron ruptura prematura de membranas (33%), hipertensión inducida por el embarazo (11%), antecedentes de aborto espontáneo (19%), legrado uterino (19%) y cesárea (3%). Conclusión: Las pruebas estadísticas indicaron que el momento del parto, la duración del trabajo de parto, el antecedente de legrado uterino, el antecedente de aborto espontáneo y la presencia de ruptura prematura de membranas fueron factores significativamente asociados con la retención placentaria.

Aylas-Camarena, A¹⁶. Factores de riesgo de retención placentaria en puérperas atendidas en un centro de salud peruano-coreano, Amarilis, 2021. Objetivo: Describir los factores de riesgo asociados con la retención placentaria. Metodología: El estudio fue de tipo descriptivo simple, no experimental,

retrospectivo ni transversal, con un enfoque cuantitativo. La muestra estuvo compuesta por 60 mujeres posparto que habían tenido un parto vaginal y habían sido diagnosticadas con retención de placenta. Resultados: Los principales factores de riesgo maternos identificados fueron infección del tracto urinario (78%, 47 casos), mecanismo de separación de Schultz (67%, 40 casos), ruptura prematura de membranas (67%, 40 casos) y ruptura de membranas al ingreso (67%, 40 casos). Otros factores incluyeron un parto inadecuado (58%, 35 casos), antecedentes de legrado uterino (55%, 33 casos), antecedentes de aborto (55%, 33 casos), anemia (53%, 32 casos), periodo intergenésico acortada (53%, 32 casos) y multiparidad (52%, 31 casos). Los factores de riesgo fetal incluyeron parto prematuro (17%, 10 casos) y macrosomía fetal (2%, 1 caso). Conclusión: La retención de restos placentarios es un fenómeno multifactorial.

Cabrera-Vargas, L¹⁵. Características del nacimiento de puérperas con placenta retenida atendidas en el Centro de Salud Churcampa en 2020. Objetivo: Identificar las características obstétricas y del parto en mujeres posparto con placenta retenida. Métodos: El estudio fue de tipo transversal, retrospectivo y descriptivo, y se realizó con 51 mujeres posparto. Resultados: El 21,6% de las participantes tenía antecedentes de aborto o legrado uterino, el 9,8% presentó ruptura prematura de membranas y el 7,8% tenía antecedentes de preeclampsia. En cuanto a la duración del parto, el 80,4% de las mujeres experimentaron partos difíciles, y el 68,6% presentaron un desprendimiento de placenta tipo Schulze. Conclusión: Las mujeres con placenta retenida tenían antecedentes de complicaciones como aborto, legrado uterino, ruptura prematura de membranas y preeclampsia, y una de cada tres experimentó un parto rápido.

Barzola-Cochachi N¹⁶. Características clínicas y obstétricas de puérperas con placenta retenida atendidas en el Centro de Salud La Unión, Huánuco, 2022. Objetivo: Describir las características clínicas y obstétricas de mujeres posparto con retención placentaria. Método: Estudio descriptivo retrospectivo. Resultados: La prevalencia de retención placentaria fue del 15,2%. Entre las características ginecológicas y obstétricas de las puérperas con esta condición, el 65,4% tenía un periodo intergenésico ≤ 24 meses, el 7,7% tenía antecedentes de aborto, el

9,6% antecedentes de legrado uterino y el 13,5% antecedentes de cesárea. En el 32,7% de los casos, la duración del parto fue superior a las 12 horas, y el 17,9% experimentó un parto Duncan. La complicación posparto más frecuente en mujeres con placenta retenida fue la infección del tracto urinario. Conclusiones: El 15,2% de las mujeres presentaron retención placentaria después del parto.

Espinoza-Córdova M¹⁷. Retención de placenta y partos múltiples en gestantes atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, en 2021. Objetivo: Este estudio busca esclarecer la relación entre la retención de tejido placentario y los nacimientos múltiples. Método: Se utilizó un enfoque correlacional, transversal, retrospectivo y analítico; con una población censal de 608 puérperas. Resultados: Los hallazgos mostraron que la retención placentaria se asoció con diversas características del parto, tales como el tipo de líquido amniótico (valor $p = 0,003$) y la distocia contráctil (valor $p = 0,000$). También se observó una asociación con características placentarias, como el tipo de desprendimiento placentario (valor $p = 0,000$), antecedentes de aborto espontáneo (valor $p = 0,001$), antecedentes de legrado (valor $p = 0,002$), interfase (valor $p = 0,015$), antecedentes de placenta retenida (valor $p = 0,000$) y antecedentes de cesárea (valor $p = 0,004$). Conclusión: La retención de placenta está asociada con altas tasas de natalidad, especialmente en casos de partos múltiples.

Perales-Sinche L¹⁸. Factores asociados a residuos placentarios retenidos en puérperas de la Red de Microsalud de Puerto Ocopa, Satipo 2021. Objetivo: Identificar los factores asociados a la retención placentaria en puérperas de la Red de Microsalud de Puerto Ocopa, Satipo – 2021. Métodos y Materiales: Se trató de un estudio observacional, analítico, relacional y transversal, con un diseño de casos y controles. Resultados: El parto prematuro fue identificado como un factor asociado a la retención placentaria, con un odds ratio de 2,09. En contraste, varios factores no mostraron asociación significativa con la retención placentaria, como la edad materna avanzada (valor $p = 0,54$), multiparidad (valor $p = 0,64$), antecedentes de legrado uterino (valor $p = 0,9$), parto prolongado (valor $p = 0,42$), cesárea previa (valor $p = 0,905$) y

espaciamiento intergénico corto (valor $p = 0,61$). Además, no se halló asociación significativa entre el parto espontáneo y el parto prolongado (valor $p = 0,22$). Conclusión: El parto prematuro se asocia significativamente con la retención placentaria.

2.1.3. Antecedentes locales

Hernández-De la Cruz, J¹⁹. Relación entre el parto incompleto y los factores obstétricos en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios, Pisco, 2021-2022. Objetivo: Analizar la relación entre el parto incompleto y los factores obstétricos. Método: El estudio fue observacional, retrospectivo, transversal y relacional. Se registraron 85 casos de parto incompleto. Resultados: Se encontró que el 96,8% de los partos múltiples involucraron entre 2 y 5 embarazos. Además, el 54,1% de las mujeres presentaban antecedentes de legrado uterino y el 37,6% de cesárea. En cuanto a los abortos incompletos, el 71,8% estuvieron relacionados con retención de membranas y el 28,2% con retención de placenta. Conclusión: Los factores que mostraron una asociación significativa con el parto incompleto fueron los partos múltiples (valor $p = 0,002$), antecedentes de legrado uterino (valor $p = 0,013$) y antecedentes de cesárea (valor $p = 0,014$).

2.2. BASES TEÓRICAS

La placenta. La placenta es un órgano temporal con una estructura compleja, en el que la circulación fetal y materna están estrechamente interconectadas, facilitando el intercambio de gases y nutrientes. La placenta humana es del tipo hemocoriónico, lo que significa que las vellosidades coriónicas están en contacto directo con la sangre materna y, por lo tanto, tienen una estructura vellosa. Tras el parto, la decidua se separa junto con la placenta, adoptando una forma de disco²⁰.

La placenta desempeña varias funciones cruciales, como el transporte de nutrientes, la respiración, la eliminación de desechos y funciones endocrinas esenciales para el progreso y mantenimiento de un embarazo saludable. Cualquier alteración en estas funciones puede provocar complicaciones como la

toxemia del embarazo, que a su vez puede inducir condiciones como la Restricción del Crecimiento Intrauterino (RCIU)²⁰.

Hormonas clave como la gonadotropina coriónica humana (hCG), el lactógeno placentario humano (hPL), las hormonas tiroideas y las hormonas esteroides juegan un papel fundamental, destacándose por su importancia en el embarazo, así como los mecanismos mediante los cuales las hormonas esteroides se sintetizan²¹.

Respecto a su función endocrina, la placenta es capaz de producir algunas hormonas por sí misma, aunque no es completamente autónoma. Necesita la colaboración de hormonas del hipotálamo materno para funcionar adecuadamente y generar las sustancias necesarias. Es importante señalar que intervienen varios ejes hormonales en este proceso, contribuyendo al curso exitoso del embarazo²¹.

Características y microscopia de la placenta. Al final del embarazo, una placenta madura presenta las siguientes características²²:

Aspecto: Tiene una apariencia similar a un pastel.

Viscosidad: Generalmente posee una textura suave.

Peso: Su peso varía entre 400 y 600 g, con una relación de 1/5 a 1/6 entre el peso de la placenta y el peso fetal.

Dimensiones: Las medidas pueden variar significativamente, pero en promedio, su diámetro es de 13-20 cm y su grosor de 2-6 cm.

Caras: La placenta tiene dos caras: una que está en contacto con el feto y otra con la madre. Además, se forman estructuras placentarias²².

La placenta comienza a formarse en las primeras tres semanas del embarazo, durante las fases de preimplantación, implantación y decidualización, que preparan el cuerpo para la diferenciación de las membranas fetales y el inicio de la formación de las membranas placentarias. Para ello, es necesario un endometrio receptivo²³.

Este proceso comienza entre los días 20 y 24 del ciclo menstrual, conocido como el período de implantación. Posteriormente, el óvulo viaja por la trompa de Falopio hacia el útero, y debido a que las estructuras endometriales aún están libres, esta etapa se denomina preimplantación²³.

La fecundación es el proceso en el que un óvulo y un espermatozoide se unen, y se divide en tres etapas²⁴:

Segmentación: Formación del blastocisto: Durante esta etapa, la mórula se diferencia para formar una estructura hueca llamada blastocisto, que está rodeada por una capa celular conocida como trofoblasto, y que forma una cavidad llamada blastocele²⁴.

Formación de la capa germinal: En esta fase, el núcleo del embrión se fusiona con el espermatozoide (se unen los pronúcleos del óvulo y el espermatozoide), iniciando la formación de las tres membranas embrionarias.

El trofoblasto comienza a diferenciarse en dos capas: el sinciciotrofoblasto y el citotrofoblasto. El sinciciotrofoblasto, multinucleado, forma lagunas y hace que las vellosidades del citotrofoblasto sobresalgan, luego se convierte gradualmente en una capa que cubre las vellosidades, mientras que el citotrofoblasto se separa de las lagunas, las cuales se fusionan para formar las vellosidades que crean el espacio intervelloso²⁵.

A la par, las enzimas del trofoblasto generan ramas vasculares, lo que permite que la sangre materna llegue al útero. Las células mesenquimatosas fetales invaden las vellosidades y desarrollan una red vascular que conecta con la vena y la arteria umbilical. Aunque las circulaciones materna y fetal están estrechamente conectadas, se mantienen separadas por una región transicional especializada. Los citotrofoblastos también invaden las arterias espirales, reduciendo la presión sanguínea en el espacio intervelloso. Las células sinciciotrofoblasto facilitan el intercambio de nutrientes y iones, y la producción de hormonas esteroides y otros péptidos esenciales para el crecimiento fetal²⁵.

Retención de restos placentarios

La retención placentaria es una condición en la que parte de la superficie materna de la placenta está ausente o la membrana está desgarrada en una mujer posparto que experimenta sangrado variable durante las 12 horas posteriores al parto. Esta complicación es común en mujeres que dan a luz en casa y es una causa importante de morbilidad y mortalidad materna. Una de las razones principales es la falta de manejo activo de la tercera etapa del parto, lo

que aumenta el riesgo de hemorragias posparto (HPP) y sepsis, independientemente de dónde ocurra el parto²⁶.

La retención placentaria ocurre tras un parto o cesárea (3-6%), un aborto espontáneo (17% en el primer trimestre y 40% en el segundo trimestre), un aborto con medicamentos (15%), un aborto quirúrgico (6%) y un aborto legalizado (ILE), con tasas más altas cuando el aborto se realiza en etapas tempranas del embarazo. Los restos placentarios o fragmentos de membranas retenidas pueden causar atonía uterina, y aunque los uterotónicos pueden ser efectivos al principio, esta condición puede reaparecer poco después del parto. Históricamente, se utilizaban los signos y síntomas clínicos como sangrado vaginal, fiebre y dolor abdominal para diagnosticar la retención placentaria, pero la introducción de la ecografía ha facilitado considerablemente la identificación de esta afección²⁶.

Clínica

Los signos que pueden indicar la presencia de RPOC incluyen sangrado uterino anormal (SUA) intenso o persistente después del parto, una cesárea o un aborto espontáneo. Esta condición también puede manifestarse como dolor pélvico, ciclos menstruales irregulares, amenorrea y, en algunos casos, fiebre. En ocasiones, el diagnóstico puede realizarse mediante ecografía en pacientes que no presentan síntomas²⁷.

Diagnóstico

La historia clínica es fundamental para identificar factores de riesgo de RPOC, como antecedentes de cirugías uterinas previas, malformaciones uterinas, casos previos de RPOC, y causas obstétricas como muerte fetal, parto prematuro, preeclampsia o retraso del crecimiento intrauterino, así como los síntomas que presente la paciente. La sospecha debe basarse en las características del sangrado, la descripción del dolor y la presencia de signos que sugieran un proceso infeccioso²⁷.

La ecografía pélvica es clave para identificar la causa del sangrado anormal y es la técnica de imagen preferida para evaluar la posible retención placentaria²⁷.

Examen físico. Se debe evaluar el sangrado, observando su volumen y los posibles síntomas de anemia, y también descartar signos de infección como

fiebre, flujo vaginal o dolor a la movilidad cervical. Aunque los resultados de las pruebas de laboratorio no son diagnósticos en sí, pueden ser útiles para identificar enfermedades y orientar las decisiones terapéuticas²⁸.

- Análisis de sangre básicos: Si hay sangrado grave o persistente, o síntomas de anemia, es necesario realizar un hemograma completo y estudios de coagulación. Si se sospecha una infección, se debe pedir una prueba de reactantes de fase aguda, como la PCR²⁹.

- Pruebas microbiológicas: Si se sospecha endometritis, se recomienda tomar un cultivo de aspirado endometrial. En casos de fiebre, también deben realizarse cultivos de sangre.

- Niveles plasmáticos de bHCG: El monitoreo de bHCG no es necesario en casos sospechosos de RPOC, salvo en casos con hallazgos contradictorios o cuando se sospecha de un proceso neoplásico o degeneración molar²⁹.

La ecografía transvaginal es la técnica de imagen preferida para diagnosticar el RPOC. En el examen ecográfico, la retención placentaria se caracteriza por una masa endometrial hiperecoica y/o heterogénea. Es crucial documentar el tamaño, la ecogenicidad endometrial y el grado de vascularización. Para evaluar la vascularización con el examen Doppler, se recomienda un PRF entre 0,6 y 1,2. La presencia de una masa endometrial y el patrón de vascularización Doppler son esenciales para la clasificación de Gutenberg, que ha mostrado ser útil en el manejo clínico²⁹:

Clasificación de Gutenberg

- Tipo 0 Formación hiperecogénica avascular (score Doppler 1/4).
- Tipo 1 Heterogeneidad endometrial con mínima vascularización o ausencia de ésta (score 1-2/4).
- Tipo 2 Formación altamente vascularizada limitada en la cavidad uterina (score 3-4/4).
- Tipo 3 Formación altamente vascularizada con alta vascularización miometrial (score 3-4/4).

Fuente: Hospital Universitario Virgen de las Nieves²⁹.

Tras el parto, es fundamental realizar un examen exhaustivo de la placenta para garantizar que tanto ella como sus membranas estén completas y verificar si faltan uno o más cotiledones. El sangrado externo no es constante y su intensidad puede no correlacionarse directamente con la cantidad de cotiledones restantes. El diagnóstico de retención de cotiledones se confirma a través de pruebas intrauterinas, que solo se realizan cuando son necesarias³⁰.

La evolución clínica de la retención de cotiledones puede tomar diversas rutas. Los cotiledones pueden separarse y ser expulsados de forma espontánea. El sangrado es común en la fase final del posparto, y en ocasiones puede ser muy intenso. En algunas ocasiones, los cotiledones pueden descomponerse debido a una infección causada por bacterias que ascienden desde los conductos, o bien, pueden organizarse en el útero formando pólipos placentarios que, en algunos casos, pueden ser expulsados más adelante³⁰.

Histeroscopia diagnóstica: Si la ecografía genera dudas, la histeroscopia (HSC) permite visualizar directamente la cavidad uterina y confirmar o descartar la presencia de RPOC. El tejido remanente suele tener un aspecto blanquecino y perlado, con una textura lisa o frágil, de aspecto hipotrófico, bordes bien definidos y, a veces, áreas de necrosis. Si se sospecha infección, no se recomienda realizar la histeroscopia para evitar la propagación de la infección³¹.

Diagnóstico diferencial

- Lesiones endometriales orgánicas: como pólipos o fibromas.
- Insuficiente involución del lecho placentario (muy raro).
- Nevos invasivos.
- Malformación arteriovenosa (MAV): es una causa extremadamente rara de sangrado uterino anormal, con menos de 150 casos reportados en la literatura, y su incidencia y prevalencia exactas son desconocidas³².

Se caracteriza por una comunicación anormal entre los vasos arteriales y venosos en el miometrio. Puede ser congénita o adquirida. Las MAV adquiridas están asociadas a infecciones, placenta acreta, cáncer de endometrio, enfermedad trofoblástica o factores iatrogénicos como la radioterapia o la cirugía

uterina (como aspiración, cesárea o cirugía pélvica)³². El examen histológico de las MAV revela errores morfogénéticos, lo que hace que la regresión espontánea sea poco probable. La angiografía es el método diagnóstico estándar, y el tratamiento consiste en la embolización. Los pocos casos de MAV adquiridas que se resuelven espontáneamente, descritos en la literatura, probablemente corresponden a un aumento de la "vascularización miometrial" (VME). Actualmente, las MAV y EMV se consideran dos entidades distintas. El uso más frecuente de los exámenes Doppler ha conducido a una mayor identificación de malformaciones vasculares que, si no se confirman angiográficamente, ahora se consideran VME en lugar de MAV³².

- "Vasodilatación miometrial" (VME): es un término utilizado para describir los cambios en el miometrio observados después de un embarazo intrauterino. Se caracteriza por un aumento de la vascularización, una morfología miometrial tortuosa y una velocidad máxima del flujo sanguíneo sistólico superior a 20 cm/s (PVS). La incidencia real de EMV es incierta, ya que el término a menudo se asocia con MAV en la literatura³².

Actualmente se considera que EMV es un fenómeno inducido por el embarazo, relacionado con la retención de restos de ovocitos después de la concepción intrauterina. Se cree que el EMV diagnosticado tras una pérdida temprana del embarazo es temporal, y que las complicaciones aumentan en casos con manejo expectante o tratamiento quirúrgico (como la aspiración del contenido uterino)³³.

Factores asociados a la retención de restos placentarios

Los embarazos ocurridos antes de los 20 años y después de los 35 están asociados con un mayor riesgo tanto para la madre como para el recién nacido. Los embarazos en adolescentes menores de 20 años y en mujeres mayores de 35 crean riesgos biológicos y sociales adicionales, siendo las mujeres mayores de 35 años más propensas a desarrollar diversas patologías que aumentan la probabilidad de mortalidad materna³⁴.

Factores como antecedentes de aborto, cesáreas previas, partos prolongados y partos inducidos se han relacionado significativamente ($p < 0,05$) con la retención placentaria. El aborto previo (odds ratio: 6,1), la cesárea previa (odds ratio: 4,3)

y el parto prolongado (odds ratio: 4,5) son factores de riesgo que elevan la probabilidad de retención de placenta³⁴.

En cuanto a la clasificación por número de nacimientos vivos de sexo femenino y nacimientos muertos con peso igual o superior a 500 gramos, si el bebé tiene un peso inferior a 150 gramos o si el embarazo es superior a las 22 semanas, el útero pierde progresivamente su normalidad fisiológica. Esto disminuye la elasticidad y la contractilidad de las fibras musculares uterinas, lo que ocasiona contracciones débiles durante el parto, complicaciones cervicales y la posible retención placentaria, atonía uterina o ruptura de tejidos blandos³⁵.

Un historial de aborto, ya sea espontáneo o inducido antes de que el feto haya alcanzado un nivel de desarrollo suficiente para sobrevivir fuera del útero, también se asocia a este riesgo³⁵.

Historia de legrado uterino: En casos de aborto espontáneo, los cóndilos y cotiledones uterinos no alcanzan el nivel de madurez necesario para permitir una expulsión normal de la placenta. El raspado excesivo del contenido uterino puede dañar la capa basal del endometrio, lo que provoca que la placenta se adhiera directamente al miometrio, generando diferentes grados de adhesión³⁶.

Cesárea previa: Este procedimiento quirúrgico realizado a través de una incisión en el útero está relacionado con un aumento en el riesgo de complicaciones placentarias en embarazos posteriores. Se ha demostrado que la cesárea previa aumenta el riesgo de placenta previa, y este riesgo se eleva con cada cesárea adicional³⁶.

Corto intervalo intergenésico: Un intervalo breve entre embarazos puede generar complicaciones en el proceso de expulsión de la placenta³⁶.

Trabajo de parto prolongado: Se considera que el trabajo de parto es prolongado cuando supera las 14 horas desde el inicio del trabajo de parto (cuando el cuello uterino alcanza los 4 cm) hasta el nacimiento del bebé en madres primerizas, o más de 12 horas en mujeres multíparas. Las mujeres que han tenido una histerectomía por hemorragia posparto suelen presentar lesiones en la capa muscular del útero y fibras desgarradas, lo que impide que el útero se contraiga adecuadamente, especialmente en mujeres multíparas o con trabajo de parto prolongado³⁷.

Parto inducido: En el parto inducido, se utiliza una sustancia contráctil para facilitar la expulsión de los anexos ováricos y la placenta al mismo tiempo que se expulsa la cabeza o los hombros del feto. Este procedimiento busca acelerar la expulsión de la placenta y minimizar el sangrado, aumentando la frecuencia y tono de las contracciones uterinas mediante fármacos uterotónicos. Es fundamental que este método sea realizado por profesionales con conocimientos sobre la fisiología de la tercera etapa del parto y las propiedades farmacológicas de los medicamentos utilizados³⁷.

Rotura prematura de membranas: Se produce después de las 22 semanas de embarazo cuando las membranas amnióticas se rompen y el líquido amniótico comienza a filtrarse antes del inicio del parto. Aunque aún no se comprenden completamente sus causas, se han identificado varios factores predisponentes que alteran la elasticidad de la membrana ovárica, que normalmente soporta presiones de hasta 393 mm Hg³⁸.

Su incidencia varía entre el 16% al 21% en embarazos a término y entre el 15% al 45% en embarazos prematuros. La rotura prematura de las membranas puede causar infecciones como la corioamnionitis, así como otras complicaciones como aborto espontáneo, muerte fetal, endometritis, retención de líquido amniótico, sepsis puerperal y hemorragia posparto³⁸.

Fase expulsiva prolongada: La fase expulsiva es la segunda fase del parto, que comienza cuando el cuello uterino alcanza los 10 cm de dilatación y termina con la expulsión del bebé. Esta fase puede alargarse por diversas razones, como contracciones uterinas débiles o falta de pujos efectivos, lo que puede afectar tanto a la salud de la madre como del recién nacido. Una fase expulsiva prolongada puede causar fatiga en la madre, lo que a su vez puede retrasar aún más la expulsión³⁹.

El tiempo promedio de esta fase es de unas 2 horas para las primíparas y 1 hora para las multíparas. Superar estos tiempos puede ocasionar complicaciones en la expulsión del bebé o en el proceso posterior del parto. En primíparas, también depende del descenso del bebé, por lo que si no hay avances después de 30 minutos, es necesario evaluar la situación y aplicar medidas correctivas según el protocolo³⁹.

La tercera etapa del parto, que comienza con la expulsión del bebé y termina con la expulsión de la placenta, no debe durar más de 30 minutos. Aunque es la etapa final del parto, puede ser complicada, e incluso días después de la expulsión de la placenta, puede poner en peligro la vida de la madre³⁹.

Período de alumbramiento Este período abarca desde la expulsión del feto hasta la expulsión de la placenta. Durante este tiempo, la placenta se separa de su lugar original y es expulsada junto con la membrana amniótica. Es crucial contar con la atención médica adecuada, la supervisión obstétrica y el cuidado general de la madre⁴⁰.

El sangrado vaginal más intenso ocurre durante esta fase, siendo una de las principales causas obstétricas directas de mortalidad materna. Estas muertes prevenibles suelen suceder en lugares donde no se asegura el acceso a las condiciones esenciales para la atención del parto tanto obstétrica como neonatal⁴⁰.

El proceso del parto se puede dividir en las siguientes etapas:

- A. Separación de la placenta.
- B. Separación de la membrana.
- C. Descenso de la placenta.
- D. Expulsión de la placenta⁴⁰.

Desprendimiento de la Placenta Cuando se expulsa el feto, el útero se contrae para reducir su contenido. Sin embargo, la placenta permanece adherida durante un corto período (alrededor de unos minutos). Posteriormente, las contracciones del parto continúan sin interrupción, volviéndose intensas y rítmicas, similares a las de la fase activa del parto. Esta actividad contráctil es clave para el desprendimiento de la placenta⁴¹.

La cavidad uterina sigue contrayéndose con las mismas características que durante el parto. Con una intensidad de 50 mmHg y una frecuencia de 3 a 5 contracciones cada 10 minutos, se ejerce presión sobre la placenta. No existe un momento claro en que el útero deje de contraerse. Este proceso permite el desprendimiento y expulsión del tejido placentario, siendo suficientes entre dos o tres contracciones para lograrlo. La duración de este proceso varía entre 4 y 8 minutos, con un promedio de 6 minutos⁴².

Este período se denomina tiempo corporal interno. A pesar de que las contracciones son fuertes, son tolerables ya que no generan distensión ni isquemia prolongada, por lo que no han sido evaluadas clínicamente. Las contracciones reducen el área de la pared uterina donde la placenta está adherida, aunque no pueden acortarse de manera simultánea, ya que tienen un índice de contracción diferente al de la pared, que está dividida por trabéculas y vasos sanguíneos que la conectan con la placenta⁴².

Así, la contracción uterina es el factor principal en el proceso de delaminación. Posteriormente, se activa otro mecanismo que favorece un mayor aislamiento. Si durante el desprendimiento se rompen los vasos sanguíneos, se forma un hematoma entre el útero y la placenta. Este hematoma aumenta de tamaño, provocando una separación excéntrica de los tejidos. La placenta recoge esta sangre, lo que provoca que se invierta, encapsulando el hematoma en su superficie cóncava, y su volumen hace que se hunda. Un proceso similar ocurre con la membrana de la teca que aún no se ha separado⁴³.

La desconexión de las trabéculas óseas y los vasos sanguíneos es la principal causa de avulsión. Además, en el sistema trabecular se desencadenan mecanismos necróticos como necrosis por coagulación, degeneración vítrea y grasa, y calcificación⁴³.

El área de desprendimiento de la placenta se encuentra en la capa más superficial de la membrana cavernosa. La parte profunda permanece adherida a la decidua, mientras que la parte superficial se adhiere al cotiledón, mostrando una película gris brillante, con un aspecto barnizado, que cubre toda la superficie de la placenta materna⁴³.

Mecanismos del desprendimiento placentario

a) En el síndrome de Baudeloeck-Schulze, el desprendimiento ocurre en el centro del área de implantación, lo que causa sangrado. Como resultado, se forma un hematoma retroplacentario, que eventualmente provoca el desprendimiento de la placenta, la cual se invierte y queda en su cavidad. El hematoma empuja la placenta, que es expulsada del cuerpo por el lado fetal. Con el tiempo, se producirá una hemorragia durante el parto, a menos que se

pueda anticipar la situación creando una separación entre la decidua y las membranas⁴⁴.

b) En el síndrome de Bordelock-Duncan, el desprendimiento comienza en el borde de la placenta y se extiende hacia el centro. Al expulsarse, el extremo de la placenta es lo primero en salir. Al inicio del desprendimiento, ya se evidencia pérdida de sangre antes de la salida de la placenta⁴⁴.

Desprendimiento de membranas (separación del corion y el amnios): Este proceso ocurre en circunstancias similares. Las contracciones uterinas inicialmente hacen que las membranas se plieguen, luego se despegan. Finalmente, el movimiento descendente de la placenta provoca que las membranas se separen⁴⁴.

Descenso de la placenta: Después de que el tejido placentario se desprende, su peso provoca que descienda desde el cuerpo uterino hacia el canal vaginal, empujando las membranas hacia afuera y separando el útero de la zona de inserción. Este es un proceso que ocurre al final de la expulsión de la placenta. La inercia vaginal provocada por el parto hace que el movimiento vaginal se detenga temporalmente⁴⁵.

Expulsión placentaria: Se pueden presentar dos situaciones: a) En la mayoría de los casos, tras varios pujos repetidos, el peso de la placenta y el hematoma retroplacentario se combinan, y la placenta es expulsada naturalmente. b) En algunos casos, la placenta se desprende y desciende hacia la vagina, pero permanece allí y debe ser extraída manualmente (parto manual)⁴⁵.

Gestión del parto proactiva: El parto inducido implica el pinzamiento del cordón umbilical, la tracción controlada del cordón durante la expulsión de la placenta y la administración profiláctica de oxitocina. Se ha demostrado que el pinzamiento tardío del cordón umbilical no aumenta los índices de hemorragia posparto, por lo que el pinzamiento precoz del cordón umbilical tiene un impacto mínimo en esta situación. Igualmente, se observó que la tracción sostenida del cordón umbilical tiene una menor relevancia⁴⁶.

Algunas personas sugieren realizar un masaje uterino después del parto para prevenir el sangrado vaginal excesivo. Apoyamos esta práctica, aunque es importante señalar que la evidencia en la que se basa no es concluyente. Por lo

tanto, los uterotónicos desempeñan un papel crucial en la reducción del sangrado posparto⁴⁶.

Las opciones disponibles incluyen oxitocina, prostaglandinas, carboprost y ergonovina. Fuera de los Estados Unidos, se utiliza una combinación de oxitocina y ergonovina (Syntometrine). Además, la carbetocina (Duratocin), que es un análogo de acción prolongada de la oxitocina, está disponible en algunos países y ha demostrado ser eficaz para controlar el sangrado excesivo durante la cesárea. La OMS recomienda la oxitocina como el fármaco de primera elección. Si hay deficiencia de oxitocina, otros medicamentos como el cornezuelo y el misoprostol pueden ser opciones⁴⁶.

2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

Retención de restos placentarios: Es una condición en la que partes del tejido placentario permanecen en el útero después del parto, el aborto espontáneo o el legrado²⁶.

Edad: Se refiere a la edad cronológica de la persona gestante, un factor importante en el embarazo y el parto debido a los riesgos aumentados en mujeres adolescentes o mayores de 35 años¹¹.

Paridad: Número de partos previos que ha tenido una mujer, sean a término o prematuros, incluyendo nacidos vivos y muertos¹⁶.

Antecedente de cesárea anterior: Indica que la mujer ha tenido una o más cesáreas previas⁹.

Antecedente de legrado uterino: Hace referencia a la realización previa de un procedimiento quirúrgico para vaciar el contenido del útero¹⁴.

Periodo intergenésico corto: Es el tiempo entre un parto y el inicio del siguiente embarazo. Cuando es menor a 18 meses, puede aumentar los riesgos de complicaciones como parto prematuro o crecimiento intrauterino restringido¹⁶.

Parto prematuro: Es el nacimiento que ocurre antes de las 37 semanas de gestación⁸.

Parto prolongado: Parto que excede las 20 horas en primigestas o las 14 horas en multíparas. Puede estar asociado con agotamiento materno, mayor riesgo de hemorragia o infecciones¹².

Anemia: Deficiencia de hemoglobina en la sangre de la madre durante el embarazo o el parto¹⁰.

Rotura prematura de membranas (RPM): Es la ruptura del saco amniótico antes del inicio del trabajo de parto¹⁵.

Características del líquido amniótico: Se refiere a las características del líquido amniótico (claro, meconial, sanguinolento)¹⁷.

Preeclampsia: Trastorno hipertensivo del embarazo que ocurre después de las 20 semanas de gestación, acompañado de daño a órganos o proteinuria⁸.

Tipo de alumbramiento: Se refiere a cómo se expulsa la placenta después del parto¹⁶.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1. Tipo de Investigación

Investigación de corte transversal porque los datos se obtuvieron en un determinado tiempo y por única vez; retrospectiva que se debe a que los datos fueron medidos en el pasado; Observacional debido a que los datos se midieron como se presentaron sin que exista en ello una intervención deliberada; y analítica pues el estudio es de dos variables.⁴⁷

3.1.2. Nivel de Investigación

Explicativa. Al ser un estudio cuyo análisis permite determinar asociaciones directas entre las variables independientes con las dependientes, asociación que se determinó mediante regresión logística binaria.

3.2. VARIABLES DE ESTUDIO

3.2.1. Variable dependiente

Retención de restos placentarios

3.2.2. Variables intervinientes

Factores personales

- Edad
- Paridad
- Antecedente de cesárea anterior
- Antecedente de legrado uterino
- Periodo intergenésico corto

Factores obstétricos

- Parto prematuro
- Parto prolongado

- Anemia
- Rotura prematura de membranas
- Características del líquido amniótico
- Preeclampsia
- Tipo de alumbramiento

3.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Retención de restos placentarios. Diagnosticado en base a la sintomatología a los antecedentes clínicos, y estudio ecográfico²⁶.

Edad. Se obtienen según la fecha de nacimiento¹¹.

Paridad. Número de partos que una mujer presenta bajo cualquier condición¹⁶.

Antecedente de cesárea anterior. Paciente que tuvo un producto cuyo parto fue abdominal⁹.

Antecedente de legrado uterino. Gestante que fue practicado legrado uterino en algún momento de su vida¹⁴.

Periodo intergenésico corto. Tiempo entre una gestación y la siguiente que considerándose corto cuando es menor a 18 meses¹⁶.

Parto prematuro. Gestación cuya duración fue menor a 37 semanas⁸.

Parto prolongado. Parto que excede las 20 horas en primigestas o las 14 horas en multíparas¹².

Anemia. Gestante con niveles de hemoglobina menores a 11 mg/dl¹⁰.

Rotura prematura de membranas. Pérdida de líquido amniótico por la vagina¹⁵.

Características del líquido amniótico. Color del líquido amniótico al momento del parto¹⁷.

Preeclampsia. Hipertensión y proteinuria manifestada después de las 20 semanas de gestación⁸.

Tipo de alumbramiento. Sea de tipo Schultze (Cara fetal de la placenta) o Duncan (Cara materna de la placenta)¹⁶.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1. Población.

Se trata de las gestantes que tuvieron retención de restos placentarios en sus partos vaginales que fueron atendidos entre los años 2020 al 2024 que son 135 casos

3.4.2. Muestra:

Fórmula para determinar diferencias entre proporciones.

$$n' = \frac{[Z_{1-\alpha/2}\sqrt{(r+1)P_M(1-P_M)} - Z_{1-\beta}\sqrt{rP_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}]^2}{r(P_1 - P_2)^2}$$

Z1- α /2 = Error alfa Z1- α /2.....1.96 (95% de confianza)

Z1- β = Error beta Z1- β 0.84 (80% de Potencia)

p1 = Exposición en los casos¹¹...0.3

p2 = Exposición en los controles¹¹...0.17

r= Número de controles.....2

Po = Media de (p1+p2) /2.....0,235

Tamaño de cada grupo n= 127 casos y 254 controles

3.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN EN LOS CASOS

Gestante que tuvo retención de restos placentarios en la gestación en estudio

Gestante que tuvo por lo menos un parto en cualquiera de sus formas

Gestante con feto único.

Gestante que tienen los datos completos en su historia clínica

CRITERIOS DE INCLUSIÓN EN LOS CONTROLES

Gestante que No tuvo retención de restos placentarios en la gestación en estudio

Gestante que tuvo por lo menos un parto en cualquiera de sus formas

Gestante con feto único.

Gestante que tienen los datos completos en su historia clínica

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN EN AMBOS GRUPOS

Gestante con tumores uterinos que pueden condicionar retención de restos placentarios

Gestante con diagnóstico de desprendimiento prematuro de membranas por ser factor de retención de restos placentarios.

Gestantes con alteraciones del colágeno que favorecen la retención de restos placentarios.

MUESTREO

Los pacientes serán seleccionados según criterios de inclusión tanto para el grupo de casos como para el de controles.

3.6. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Técnica

Los datos fueron obtenidos de la siguiente manera:

En primer lugar, se solicitó el permiso correspondiente para acceder a los datos del Hospital la que se realizará mediante una solicitud dirigida a la dirección ejecutiva del nosocomio luego de la aprobación del proyecto por parte de la Universidad San Juan Bautista.

En segundo lugar, se obtuvieron las historias clínicas seleccionadas para el estudio las que fueron identificadas en el libro de sala de partos.

En tercer lugar, se procedió a realizar el análisis documental y extracción de los datos de las historias clínicas.

Instrumento

Es una ficha de recolección de datos que fue individual para cada participante, la que se construyó según la información de la literatura sobre los indicadores de diagnóstico de cada variable. Fue validada por 3 expertos.

3.7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos que se encuentran en cada ficha de datos, fue tabulada en el programa estadístico SPSS a las que se pasaran según códigos en la que el 0 es para la ausencia de la variable y 1 es la presencia de la variable, Luego se extrajeron las tablas de resultados que contienen tanto los valores totales para cada casilla como sus porcentajes que representan, y distinguir diferencias significativas entre las proporciones de los casos con los controles a través del chi cuadrado por tratarse de una estadístico no paramétrico. Se obtuvo las OR (Odds ratio) en un análisis bivariado y multivariado con sus intervalos de confianza al 95%.

3.8. ASPECTOS ÉTICOS

Los principios éticos a cumplir se establecen en el Reporte Belmont y las normas de Helsinki que indican:

No maleficencia. La investigación no produjo daños de ningún tipo a los participantes pues se estudió en sus historias clínicas, pero se tuvo en consideración para que no resulten dañadas en el proceso de la obtención de los datos.

Beneficencia. La investigación se desarrolló para ampliar el conocimiento sobre una complicación que pone en riesgo de muerte a la madre, por lo que su conocimiento mejorará las actividades de prevención y tratamiento reduciendo su incidencia y complicaciones, en beneficio de la salud materna.

Justicia. Cada historia fue tratada de igual manera y para proteger la identidad de los participantes se les asignó un número correlativo.

La información obtenida del desarrollo del estudio es resguardada en archivos electrónicos encriptados.

El acceso a los datos por terceras personas solo será posible con la autorización del Comité de Ética de la Universidad San Juan Bautista.

La investigación tuvo lugar después de la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética de la Universidad San Juan Bautista.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

Tabla 1. Factores de riesgo personales, asociados a la retención de restos placentarios en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2020 al 2024

Variable/ Categoría	Retención de Restos Placentarios				Análisis		
	Si		No		Univariado		Bivariado
Edad	f	%	f	%	f	%	(IC _{95%})
≥ 20 años	98	77,2%	156	61,4%	254	66,7%	Chi ² =9,5 p=0,002
< 20 años	29	22,8%	98	38,6%	127	33,3%	OR=2,1 (1,3-3,4)
Paridad							
≥ 2 partos	76	59,8%	110	43,3%	186	48,8%	Chi ² =9,3 p=0,002
1 parto	51	40,2%	144	56,7%	195	51,2%	OR=2,0 (1,3-3,0)
Antecedente de cesárea anterior							
Si	47	37,0%	64	25,2%	111	29,1%	Chi ² =5,7 p=0,017
No	80	63,0%	190	74,8%	270	70,9%	OR=1,7 (1,1-2,8)
Antecedente de legrado uterino							
Si	36	28,3%	42	16,5%	78	20,5%	Chi ² =7,3 p=0,007
No	91	71,7%	212	83,5%	303	79,5%	OR=2,0 (1,2-3,3)
Periodo intergenésico							
Corto	9	7,1%	6	2,4%	15	3,9%	Chi ² =5,0 p=0,025
Normal	118	92,9%	248	97,6%	366	96,1%	OR=3,2 (1,1-9,1)

Fuente: Elaboración propia

La tabla muestra los factores personales asociados a la retención de restos placentarios, determinándose que existe una prevalencia de 66,7% de partos en mujeres de 20 a más años en la que, las gestantes con 20 años a más están en mayor riesgo de tener retención de restos placentarios que las gestantes menores de 20 años siendo la magnitud del riesgo de 2,1 veces más. Además, se observa una prevalencia de mujeres con 2 a más partos de 48,8% siendo este grupo de mujeres las que tienen más posibilidad de tener retención de restos

placentarios que las mujeres con un solo parto con una OR de 2. También las mujeres que tuvieron cesárea previa tienen más riesgo de tener retención de restos placentarios que las que no tienen este antecedente con una magnitud de riesgo de 1,7. Del mismo modo las mujeres con antecedentes de haber tenido legrado uterino tienen 2 veces mayor riesgo de presentar retención de restos placentarios que las mujeres que no tuvieron este antecedente. Finalmente, las que tuvieron periodo intergenésico corto tienen 3,2 veces mayor riesgo de presentar retención de restos placentarios que las que su periodo intergenésico era normal (de 18 a 59 meses).

Tabla 2. Factores de riesgo obstétricos, asociados a la retención de restos placentarios en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2020 al 2024

Variable/ Categoría	Retención de Restos Placentarios				Análisis		
	Si		No		Univariado		Bivariado
Prematuro	f	%	f	%	f	%	(IC _{95%})
EG<37s	24	18,9%	22	8,7%	46	12,1%	Chi ² =8,4 p=0,004
EG≥37s	103	81,1%	232	91,3%	335	87,9%	OR=2,5 (1,3-4,6)
Parto prolongado							
Si PP	26	20,5%	24	9,4%	50	13,1%	Chi ² =9,0 p=0,003
No PP	101	79,5%	230	90,6%	331	86,9%	OR=2,5 (1,4-4,5)
Anemia							
Si anemia	35	27,6%	38	15,0%	73	19,2%	Chi ² =8,7 p=0,003
No anemia	92	72,4%	216	85,0%	308	80,8%	OR=2,2 (1,3-3,6)
Rotura prematura de membranas							
Si RPM	24	18,9%	17	6,7%	41	10,8%	Chi ² =13,1 p=0,000
No RPM	103	81,1%	237	93,3%	340	89,2%	OR=3,2 (1,7-6,3)
Líquido amniótico							
Claro	33	26,0%	17	6,7%	50	13,1%	Chi ² =27,6 p=0,000
Verde	94	74,0%	237	93,3%	331	86,9%	OR=4,9 (2,6-9,2)
Preeclampsia							
Si PE	17	13,4%	11	4,3%	28	7,3%	Chi ² =10,2 p=0,001
No PE	110	86,6%	243	95,7%	353	92,7%	OR=3,4 (1,5-7,5)
Tipo de alumbramiento							
Duncan	21	16,5%	14	5,5%	35	9,2%	Chi ² =12,3 p=0,000
Schultze	106	83,5%	240	94,5%	346	90,8%	OR=3,4 (1,7-6,9)

Fuente: Elaboración propia

Respecto a los factores obstétricos de riesgo se determinó que: el parto prematuro se presentó con una prevalencia de 12,1% constituyendo un factor de riesgo para tener retención de restos placentarios porque la proporción de partos prematuros en los casos (18,9%) son significativamente $p=0,004$ mayor que la

proporción de partos prematuros en los controles (8,7%) con una OR= 2,5. De la misma manera se encontró que el parto prolongado se presentó en mayor proporción en los casos (20,5%) que en los controles (9,4%) con $p= 0,003$ y OR= 2,5 con una prevalencia de partos prolongados de 13,1%. La anemia en el tercer trimestre en la gestante es también un factor de riesgo para la retención de restos placentarios pues al presentarse en una proporción de 27,6% en los casos es significativamente mayor que en los controles 15% con $p= 0,003$ y OR=2,2 con una prevalencia de 19,2% de gestantes anémicas. La rotura prematura de membranas se presentó con una prevalencia de 10,8% con una proporción de 18,9% en los casos y de 6,7% en los controles lo que genera una diferencia significativa al 95% pues el valor de p es menor de 0,05 con una OR de 3,2. También el líquido amniótico verde se presentó con una prevalencia de 13,1% con una prevalencia en el grupo de los casos de 26% y en los de los controles de 6,7% y un a fuerza de asociación de 4,9. La preeclampsia tuvo una prevalencia de 7,3% en la que la proporción de preeclampsia en los casos fue de 13,4% y en de controles de 4,3% con valor de $p=0,001$ lo que indica que es un riesgo para la retención de restos placentario con una OR de 3,4 . Por último el tipo de alumbramiento Duncan se presentó en el 9,2% de las muestra estudiada siendo un factor de riesgo para la retención de restos placentarios pues la proporción de este tipo de alumbramiento es mayor en el grupo de los casos (16,5) que en los controles (5,5%) con un valor de $p=0,000$ y OR=3,4.

Tabla 3. Comparación entre el análisis bivariado y multivariado de los factores riesgo asociados a la retención de restos placentarios en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2020 al 2024

Variables	Sig	ORc	IC95%ORc		Sig.	ORa	IC95%ORa	
			Inferior	Superior			Inferior	Superior
Edad	,002	2,1	1,3	3,4	,005	2,408	1,310	4,426
Paridad	,002	2,0	1,3	3,0	,004	2,647	1,376	5,092
Antec. Cesárea	,017	1,7	1,1	2,8	,000	3,665	1,816	7,397
Antec. Legrado Uterino	,007	2,0	1,2	3,3	,010	2,263	1,221	4,195
PIG	,025	3,2	1,1	9,1	,043	4,080	1,043	15,960
Parto Prematuro	,004	2,5	1,3	4,6	,003	3,092	1,454	6,578
Parto Prolongado	,003	2,5	1,4	4,5	,001	3,575	1,687	7,574
Anemia	,003	2,2	1,3	3,6	,012	2,224	1,192	4,150
RPM	,000	3,5	1,7	6,3	,001	4,015	1,828	8,819
Líquido Amniót. verde	,000	4,9	2,6	9,2	,000	6,767	3,099	14,780
Preeclampsia	,001	3,4	1,5	7,5	,000	5,411	2,115	13,846
Alumb. tipo Duncan	,000	3,4	1,7	6,9	,001	4,078	1,759	9,455

Fuente: Elaboración propia

En el análisis multivariado determinó que los factores estudiados están directamente asociados a la retención de resto placentarios: La edad de 20 a más años [OR= 2,408 (IC95%: 1,310-4,426) p= ,005], Paridad de 2 a más [OR= 2,408(IC95%: 1,310-4,426) p= ,004], antecedente de cesárea anterior [OR=3,665 (IC95%: 1,816-7,397) p= ,000], antecedente de legrado uterino [OR=2,263 (IC95%: 1,221-4,195) p= ,010], tener periodo intergenésico corto [OR= 4,080 (IC95%: 1,043-15,960) p= ,043], el parto prematuro [OR= 3,092 (IC95%: 1,454-6,578) p= ,003], el parto prolongado [OR= 3,575 (IC95%: 1,687-7,574) p= ,001], la anemia en el tercer trimestre de gestación [OR=2,224 (IC95%: 1,192-4,150) p= ,012], la rotura prematura de membranas [OR=4,015 (IC95%: 1,828-8,819) p= ,001], presentar liquido amniótico verde [OR=6,767 (IC95%: 3,099-14,780) p= ,000], tener preeclampsia [OR=5,411 (IC95%: 2,115-13,846) p= ,001] y tener un alumbramiento tipo Duncan [OR=4,078 (IC95%: 1,759-9,455) p= ,001].

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. DISCUSIÓN

Uno de los hallazgos más significativos es la asociación estadísticamente significativa entre la edad materna (20 años o más) y el riesgo de retención de restos placentarios (OR=2,408). Según el estudio, se puede deducir que la edad cronológica es un indicador subrogado de la paridad y las exposiciones reproductivas acumuladas, más que un factor causal directo.

Estos resultados se contrastan con el estudio realizado por Alam¹⁰ en Bangladesh (2022), donde se concluye que el 58,18% de gestantes con retención de restos placentarios correspondían a edades de 21 a 30 años, al igual que con los resultados descritos en el estudio de Alegría¹¹ en Guatemala (2023).

En esencia, la edad actuaría como un marcador temporal que refleja la acumulación de factores de riesgo fisiológicos y sociales subyacentes³⁴; lo cual fisiológicamente puede explicarse no en el envejecimiento del útero a partir de los 20 años, sino en que las mujeres de este grupo etario tienen una mayor probabilidad acumulada de haber estado expuestas a otros factores de riesgo que sí tienen un impacto directo en la interfaz útero-placentaria y en la fisiología del alumbramiento.

Así mismo, se encontró que una paridad de dos o más, se asocia con un riesgo 2.4 veces mayor de retención de restos placentarios (OR=2,408). Hallazgos que son refrendados con el estudio de Alam¹⁰, quien encontró que el 80,5% de gestantes con retención de restos placentarios eran multíparas. Del mismo modo, la investigación de Lucas¹⁵ en Huánuco (2023) encontró que el 83% de gestantes con retención de restos placentarios eran multíparas.

El mecanismo principal que explica esta relación es la teoría del "desgaste" o "fatiga" uterina, centrándose en los cambios fisiológicos y anatómicos acumulativos que sufre el útero con cada gestación sucesiva, los cuales comprometen la eficacia de los dos mecanismos fundamentales del alumbramiento.

Por otro lado, el antecedente de cesárea (OR=3,665) y el de legrado uterino (OR=2,263) emergen como predictores potentes. Las mujeres que tuvieron cesárea previa y legrado uterino, tienen 3,67 y 2,26 veces más riesgo, respectivamente, de tener retención de restos placentarios en comparación con las mujeres sin este antecedente. Ambos procedimientos implican una instrumentación y cicatrización del endometrio y el miometrio, la cual puede crear un área de implantación placentaria deficiente o anormalmente adherente en gestaciones futuras. Entonces, cualquier daño al endometrio basal aumenta el riesgo de un acretismo placentario focal, que es la causa subyacente de muchas retenciones^{26,34-36}.

Al respecto el estudio de Velebil⁹ en Polinia (2023), manifiesta que el 42% de gestantes que tuvieron cesárea anterior presentaron retención de restos placentarios confirmando los resultados del estudio. Por otro lado, Lucas¹⁵ encontró que el 19% de las gestantes estudiadas tenían legrado uterino como antecedente, que también es la conclusión del estudio de Aylas¹⁶ en Amarillis (2021), quien encontró que el 55% de gestantes que tuvieron retención de restos placentarios tenía antecedente de legrado uterino.

En cuanto al periodo intergenésico corto, tras el análisis multivariado con ORa: 4,080, se puede concluir que una mujer con periodo intergenésico corto entre una gestación y otra, tiene 4 veces más riesgo de tener retención de restos placentarios. Este factor sugiere que un útero que no ha tenido el tiempo suficiente para una involución y regeneración endometrial completa después de un parto previo, puede ofrecer un sitio de implantación subóptimo, favoreciendo una adherencia anómala³⁶.

Según el estudio de Aylas¹⁶ (2021), el 53% de gestantes que tuvieron retención de restos placentarios tenía periodo intergenésico corto, resultados que contrastan con la investigación presente.

Respecto al parto prematuro, se encontró que este factor se asocia con un riesgo tres veces mayor de retención de restos placentarios (OR=3,092). Este resultado

también se corrobora con la investigación de Aylas¹⁶, quien concluye que el 17% de gestantes con retención placentaria tuvieron parto prematuro. Siendo este un resultado clínicamente significativo, pudiéndose centrar en dos mecanismos fisiopatológicos principales que se ven interrumpidos por la prematuridad: la inmadurez del plano de clivaje decidual y la disfunción de la contractilidad uterina.

El otro factor evaluado fue el parto prolongado, el cual con un OR=3,575 es un claro indicador de una posible inercia uterina, debido a que un útero que ha estado contrayéndose ineficazmente durante horas para la dilatación y el expulsivo llega "agotado" a la fase de alumbramiento, sin la fuerza necesaria para completar la expulsión de la placenta³⁷. Estos resultados pueden ser refrendados por la investigación de Barzola¹⁶, quien encontró que el 32,7% de gestantes con retención de restos placentarios tuvo parto prolongado. El estudio de Del mismo modo, Ramos¹² en España (2023), confirma esta asociación concluyendo que la retención de restos placentarios se asoció a un parto prolongado.

La anemia en el tercer trimestre en la gestante es también un factor de riesgo para la retención de restos placentarios, los hallazgos del estudio evidenciaron una proporción de 27,6% en los casos en comparación con el grupo control (15%), con un OR=2,2 y una prevalencia de 19,2% de gestantes anémicas. Este resultado nos demuestra que las gestantes con anemia en el tercer trimestre tienen 2 veces más riesgo de tener retención placentaria que las gestantes sin anemia. En este sentido la investigación de Alam¹⁰ en Bangladesh (2022), también indica que el 69,09% de mujeres que tuvieron retención de restos placentarios tenían anemia, resultados que refrendan los hallazgos.

En cuanto a la ruptura prematura de membranas (RPM), se pudo identificar que este factor se asocia con un riesgo cuatro veces mayor de retención de restos placentarios (OR=4,015), siendo así un resultado de gran relevancia clínica que

subraya la íntima conexión entre la integridad de las membranas amnióticas, la inflamación intrauterina y la disfunción del alumbramiento.

En relación a este factor, el estudio de Lucas¹⁵ en Huánuco, determinó que el 33% de gestantes que tuvieron retención de restos placentario presentó rotura prematura de membranas con que concluye que esta complicación genera retención de restos placentarios. De forma similar, la investigación de Linseele⁸ en Bélgica, confirma esta asociación, pues encuentra asociación entre retención de resto placentarios y rotura prematura de membranas.

Otro factor relevante y con mayor asociación independiente tras el análisis multivariado, fue la presencia de líquido amniótico meconial ("verde"), el cual se asoció con un riesgo casi siete veces mayor de retención de restos placentarios (OR=6,767). Esta asociación, de una fuerza estadística notable, sugiere que el líquido meconial no debe ser considerado únicamente como un marcador aislado de sufrimiento fetal, sino como una señal de alarma de una disfunción útero-placentaria subyacente más profunda, que afecta tanto al feto como a la fisiología del alumbramiento materno.

Una de las investigaciones que contrasta este resultado, es la de Espinoza¹⁷ en Huánuco (2021), que asocia el tipo de líquido amniótico verde con la retención de restos placentarios, ya que encontró que el 25,6% del grupo estudiado con restos placentarios retenidos, tuvieron líquido amniótico meconial. Además, obtuvo un p-valor de 0,003, valor que reafirma la asociación mencionada.

Del mismo modo, la preeclampsia según los resultados del presente estudio, se asociaron con un riesgo de cinco veces mayor de retención de restos placentarios (OR=5,411), evidenciando la naturaleza sistémica de este trastorno hipertensivo. Entonces, la preeclampsia no es solo una enfermedad de la presión arterial, sino una patología de disfunción placentaria profunda, cuyas consecuencias se extienden más allá del periodo anteparto y afectan directamente la fisiología del alumbramiento. Lucas¹⁵ en Huánuco (2023), manifiesta que el 11% de las mujeres con retención de restos placentarios, también presentaron un cuadro de preeclampsia.

La interpretación fisiopatológica de esta relación se fundamenta en la placentación anormal que conlleva esta patología. Puesto que, en un embarazo normal, las arterias espirales del útero sufren una remodelación extensa, transformándose en vasos de baja resistencia y alto flujo para asegurar una perfusión sanguínea óptima a la placenta. Sin embargo, en la preeclampsia, esta remodelación es incompleta, las arterias espirales permanecen estrechas y de alta resistencia, conduciendo así a una insuficiencia útero-placentaria, hipoperfusión e hipoxia crónica en el lecho placentario, mecanismo que favorece la retención de restos placentarios.

El alumbramiento tipo Duncan, también está asociado a esta condición, puesto que los resultados evidenciaron un riesgo cuatro veces mayor de retención de restos placentarios (OR=4,078), resultado que desafía la noción de que este mecanismo es simplemente una variación benigna de la normalidad. Esta fuerte asociación sugiere que el mecanismo de Duncan, en lugar de ser una alternativa fisiológica equivalente al mecanismo de Schultze, puede ser en realidad un marcador de un proceso de separación placentaria ineficiente o incompleto, que predispone a la retención de fragmentos^{40,44}.

Estos resultados son congruentes con el estudio de Cabrera¹⁵ en (2020), quien encontró que el 31,4% de las gestantes con retención de restos tuvo alumbramiento tipo Duncan. En este mismo sentido el estudio de Barzola¹⁶ en Huánuco (2022), concluye que el 17,9% de las gestantes con retención de restos placentarios tuvo alumbramiento tipo Duncan.

5.2. CONCLUSIONES

Los factores de riesgo asociados a la retención de restos placentarios en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2020 al 2024 son de tipo personales y obstétricos.

Los factores de riesgo personales edad de 20 a más años, multiparidad, antecedente de cesárea anterior, antecedente de legrado uterino y periodo intergenésico corto están asociados a la retención de restos placentarios en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2020 al 2024

Los factores de riesgo obstétricos parto prematuro, parto prolongado, anemia, rotura prematura de membranas, líquido amniótico verde, preeclampsia, y alumbramiento tipo Duncan están asociados a la retención de restos placentarios en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2020 al 2024

5.3. RECOMENDACIONES

Implementar el Protocolo de "Alta Vigilancia del Alumbramiento": Para las pacientes identificadas como de alto riesgo, se debe aplicar un manejo estandarizado a fin de evitar las complicaciones derivadas de estos factores de riesgo.

Fortalecer la Consejería en Planificación Familiar Postparto para asegurar que la mujer egrese con un método anticonceptivo eficaz y con pleno conocimiento sobre la importancia de espaciar los embarazos al menos 18-24 meses para permitir la recuperación uterina y reducir riesgos futuros. La historia clínica prenatal debe tener una sección de "Alerta de Riesgo" visible, donde se marque claramente a las pacientes con cicatrices uterinas. Esto debe alertar al equipo sobre un mayor riesgo de placentación anormal y complicaciones del alumbramiento.

Manejo agresivo de la anemia con la administración de suplementos de hierro. La identificación de líquido amniótico verde o el diagnóstico de un parto prolongado debe reclasificar automáticamente a la paciente como de alto riesgo para complicaciones del alumbramiento. La observación de un alumbramiento tipo Duncan debe desencadenar una revisión inmediata y meticulosa de la integridad de la placenta y las membranas por parte del profesional más experimentado disponible.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Bajaña-Peña N, Orellana-Suarez K. Factores de riesgo asociado a la hemorragia post parto 2022. Revista Científica FIPCAEC Polo De Capacitación, Investigación Y Publicación (POCAIP), 7(4), 1644-1655. Recuperado a partir de <https://fipcaec.com/index.php/fipcaec/article/view/701>
- 2.- Rivera S, Chacon C. y Gonzales A. Hemorragia posparto primaria: diagnóstico y manejo oportuno. Revista Médica Sinergia. 2020; 5(6):1-14. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/512/860>
- 3.- Jauniaux E. Nuevos conocimientos sobre la etiopatología del espectro de la placenta accreta. Revista estadounidense de obstetricia y ginecología 2022;227(3), Páginas 384-391. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.02.038>
- 4.- Valdez-Oyola R. Hemorragia post parto por retención placentaria en centro de salud Huancaray, Apurímac 2021. URI: <https://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/20.500.12510/4022>
- 5.- Hernández Cabrera Y, Sosa Osorio AA, Rodríguez Duarte LA. Morbilidad materna extremadamente grave. Una aproximación actual. Rev Peru Investig Matern Perinat 2023; 12(2): 31-38 DOI <https://doi.org/10.33421/inmp.2023350>
- 6.- Cruz Zavaleta, A. Retención placentaria como causa de shock hipovolémico en Ipress Nivel II-1. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.12819/2594>
- 7.- Choquecota-Choquegonza, E. Factores de riesgo asociados a la hemorragia post parto en puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2010 – 2021. URI: <https://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/20.500.12510/4007>
- 8.- Linseele M. Resultados obstétricos en el embarazo subsecuente de mujeres con antecedentes de restos gestacionales: una revisión sistemática Bélgica 2024. https://libstore.ugent.be/fulltxt/RUG01/003/210/753/RUG01-003210753_2024_0001_AC.pdf

- 9.- Velebil P. Productos retenidos de la concepción: un análisis retrospectivo de 200 casos de procedimientos quirúrgicos para el diagnóstico de residuos posparto. *Ginekol Pol* 2023;94(12):967-971. doi:10.5603/GP.a2023.0068
- 10.- Pateisky P, Mikula F, Adamovic M, Neumüller J, Chalubinski K, Falcone V, Springer S. Evaluation of the Management and Outcome of Patients with Retained Products of Conception after Gestational Week 23+0: A Retrospective Cohort Study. *J Clin Med*. 2024 Jul 29;13(15):4439. doi: 10.3390/jcm13154439.
- 11.- Alegría-Barrow E. Factores de riesgo materno-fetales que se presentan en hemorragia posparto temprana Guatemala 2023. *Revista Ciencia Multidisciplinaria CUNORI*, 7(1), 165–173. <https://doi.org/10.36314/cunori.v7i1.216>
- 12.- Ramos García, B. Hemorragia puerperal precoz y tardía España 2023. URI: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/60050>
- 13.- Lucas-Santos C. Factores obstétricos asociados a retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Centro de Salud la Unión de Huánuco, 2023. URI: <https://repositorio.udh.edu.pe/20.500.14257/5385>
- 14.- Aylas-Camarena, A. Factores de riesgo de retención de restos Placentarios en Puérperas atendidas en el Centro de Salud Perú – Corea. *Amarilis*. Huánuco-2021. <https://hdl.handle.net/20.500.13080/6776>
- 15.- Cabrera-Vargas, L. Características del parto en puérperas con retención de restos placentarios atendidos en el centro de salud Churcampa en el año 2020. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.14597/6245>
- 16.- Barzola-Cochachi N. Características clínicas y obstétricas de puérperas con retención de restos placentarios atendidas en el Centro de Salud la Unión, Huánuco 2022. URI: <https://repositorio.unh.edu.pe/handle/unh/5356>
- 17.- Espinoza-Córdova M. Retención de restos placentarios y multiparidad en gestantes atendidas en el Hospital Tingo María- Huánuco, 2021. <https://hdl.handle.net/20.500.13080/9388>

- 18.- Perales-Sinche, L. Factores asociados a la retención de restos placentarios en púerperas de la micro red de salud Puerto Ocopa, Satipo 2021. Huancavelica 2021. URI. <https://hdl.handle.net/20.500.14597/4317>
- 19.- Hernandez-de la Cruz J. Relación entre alumbramiento incompleto y factores obstétricos en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021-2022. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.13028/4953>
- 20.- Soto-Chuquicahua, C. Factores asociados a retención de restos placentarios, determinados por ultrasonografía en púerperas del Centro de Salud Belén. Agosto - Octubre 2021. URI: <https://repositorio.unsch.edu.pe/handle/20.500.14612/7423>
- 21.- Rodríguez-Cortés Y. La placenta como órgano endocrino compartido y su acción en el embarazo normoevolutivo. January 2014 *Medicina e Investigación* 2(1):28-34 DOI:10.1016/S2214-3106(15)30025-X
- 22.- Manrique Arroyo M. Envejecimiento placentario precoz y complicaciones perinatales. *Rev. peru. ginecol. obstet.* vol.67 no.4 Lima oct./dic 2021 <http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v67i2367>
- 23.- Torres-Berra K, et al. Placenta previa: factores de riesgo e impacto en la morbimortalidad materno-perinatal en Bogotá, Colombia. *rev.fac.med.* 2022, vol.70, n.3, e202. Epub Feb 03, 2023. ISSN 0120-0011. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v70n3.91936>.
- 24.- Morán R. Hallazgos histopatológicos placentarios en nacimientos de pretérmino y término precoz. *Ginecol. obstet. Méx.* vol.89 no.8 Ciudad de México ago. 2021 Epub 04-Abr-2022 <https://doi.org/10.24245/gom.v89i8.5619>
- 25.- Malgorzata K, et al. Exaptación* de sincitina retroviral para el desarrollo de placenta sincitializada, su homología limitada con la proteína espiga del SARS-CoV-2 y argumentos en contra de una narrativa perturbadora en el contexto de la vacunación contra COVID-19. *Biología (Basilea)*. 2021 Mar; 10 (3): 238. Doi: 10.3390 / biology10030238

- 26.- Astudillo-Córdova M, Landín-Ramírez T, Vélez-Vera A, Villavicencio-Briones, W. Causas de hemorragia postparto 2021. *Recimundo*, 5(1), 191–206. [https://doi.org/10.26820/recimundo/5.\(1\).enero.2021.191-206](https://doi.org/10.26820/recimundo/5.(1).enero.2021.191-206)
- 27.- Ruiz-Hoyos, Bayron-Manuel Manejo Conservador de Retención de Productos de la Concepción con Anticonceptivos Orales Combinados. *Presentación de Caso Archivos de Medicina (Col)*, vol. 21, núm. 1, 2021 DOI: <https://doi.org/10.30554/archmed.21.1.3530.2021>
- 28.- Canchari Huaman M. Hemorragia postparto por retención placentaria en el I nivel de atención. Lima – 2023. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.12819/1931>
- 29.- Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Protocolos asistenciales retención de restos ovulares y placentarios 2023. <https://www.huvn.es>
- 30.- Alam, S. Evaluación de la placenta retenida: un estudio en un hospital de distrito de Bangladesh 2022. *Sch Int J Obstet Gynec*, octubre de 2022; 5(10): 455-461. DOI: 10.36348/sijog.2022.v05i10.005
- 31.- Pisón R. Restos ovulares retenidos (RPOC): abordaje terapéutico mediante histeroscopia. Revisión del tema y presentación de una serie de casos. *Archivos de Ginecología y Obstetricia*. 2022; Volumen 60 número 3: 169–175
- 32.- Centre de Medicina Fetal y Neonatal de Barcelona- Retención de restos ovulares y placentarios 2023. *Protocols medicina materno-fetal hospital clínic-hospital sant joan de déu- universitat de Barcelona*. www.medicinafetalbarcelona.org
- 33.- Torres-Cepeda D. Pólipo placentario hipervasculoso posparto. *Rev. peru. ginecol. obstet.* vol.68 no.2 Lima abr./jun. 2022 Epub 06-Jul-2022 <http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v68i2419>
- 34.- Moreyra-Quispe C. Factores de riesgo gineco-obstétricos asociados a la retención de restos placentarios en puérperas del hospital de apoyo de Cangallo “Juan Fukunaga Soyama 2020. URI: <http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/3994>

- 35.- Naupay Picón, A. Factores clínicos relacionados a la retención placentaria en parturientas adolescentes hospital materno infantil Carlos Showing Ferrari Amarilis – Huánuco, 2021. URI: <http://repositorio.udh.edu.pe/123456789/2992>
- 36.- Rojas Huaman C. Relación entre alumbramiento incompleto y factores obstétricos en gestantes atendidas en el hospital santa maría del socorro, 2021. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.14441/1029>
- 37.- Maiellano B. Alumbramiento dirigido con oxitocina intraumbilical. JONNPR vol.5 no.4 Madrid abr. 2020 Epub 13-Oct-2020 <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3283>
- 38.- Sánchez Rodríguez, E. Factores asociados a la hemorragia postparto en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2020. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.13053/9202>
- 39.- Miller K. Trabajo de parto 2023. prolongado. <https://www.webmd.com/baby/prolonged-labor-causes-treatments>
- 40.- Manrique Arroyo M. Envejecimiento placentario precoz y complicaciones perinatales. Rev. peru. ginecol. obstet. vol.67 no.4 Lima oct./dic 2021 <http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v67i2367>
- 41.- Gaudernack, L.C., Michelsen, T.M., Egeland, T. et al. ¿El trabajo de parto prolongado afecta la experiencia del nacimiento y el deseo posterior de una cesárea entre las madres primerizas? Un análisis cuantitativo y cualitativo de una encuesta realizada en Noruega. BMC Pregnancy Childbirth 20, 605 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03196-0>
- 42.- Hutchison J. Etapas del parto 2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544290/>
- 43.- Fajardo Hernandez J. Anemia y complicaciones obstetricas en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro-Ica, 2022. URI <https://hdl.handle.net/20.500.12990/13720>
- 44.- Facultad de Medicina de la Universidad Carolina. The third period of labor. https://www.wikilectures.eu/w/The_third_period_of_labor

- 45.- Xiaoqing He MM. Nuevos conocimientos sobre la evolución del parto: una revisión sistemática. Revista estadounidense de obstetricia y ginecología Volumen 228, Número 5, Suplemento ,Mayo de 2023, Páginas S1063-S1094
- 46.- Díaz Cuéllar P, Zurita Vega R, Sabat Navas-Parejo V. ¿Resulta realmente eficaz la oxitocina intraumbilical para el alumbramiento de placenta retenida en contra de otros métodos? AMU. 2022; 4(1): 75-82´
47. Hernández-Sampieri R, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 7.^a ed. México D.F.: McGraw-Hill; 2022.

ANEXOS

ANEXO 1: CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	ITEM	Nivel de medición	INSTRUMENTO
Retención de restos placentarios	Es una condición en la que partes del tejido placentario permanecen en el útero después del parto, el aborto espontáneo o el legrado.	Diagnosticado en base a la sintomatología, a los antecedentes clínicos, y estudio ecográfico.	Presente Ausente	Nominal	Ficha de datos

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ITEM	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Factores personales	Edad	Se obtienen según la fecha de nacimiento	< 20 años ≥ de 20 años	Nominal	Ficha de datos
	Paridad	Número de partos que una mujer presenta bajo cualquier condición	1 parto 2 a más partos	Nominal	
	Antecedente de cesárea anterior	Paciente que tuvo un producto cuyo parto fue abdominal.	Si No	Nominal	
	Antecedente de legrado uterino	Gestante que fue practicado legrado uterino en algún momento de su vida.	Si No	Nominal	
	Periodo intergenésico corto	Tiempo entre una gestación y la siguiente que considerándose corto cuando es menor a 18 meses.	Si No	Nominal	
Factores obstétricos	Parto prematuro	Gestación cuya duración fue menor a 37 semanas.	< 37 semanas ≥ 37 semanas	Nominal	
	Parto prolongado	Parto que excede las 20 horas en primigestas o las 14 horas en múltiparas.	> de 14 horas ≤ de 14 horas	Nominal	

	Anemia	Gestante con niveles de hemoglobina menores a 11 mg/dl	Si No	Nominal	
	Rotura prematura de membranas	Pérdida de líquido amniótico por la vagina.	Si No	Nominal	
	Características del líquido amniótico	Color del líquido amniótico al momento del parto.	Verde Claro	Nominal	
	Preeclampsia	Hipertensión y proteinuria manifestada después de las 20 semanas de gestación.	Si No	Nominal	
	Tipo de alumbramiento	Sea de tipo Schultze (Cara fetal de la placenta) o Duncan (Cara materna de la placenta).	Schultze Duncan	Nominal	



Dra. Miriam Jesús Legua Barrios
Asesor Metodológico
DNI: 21463227



DEPARTAMENTO REGIONAL DE SGA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE HCA
HOSPITAL SANTA TERESA DEL SOCORRO
M.C. PALOMINO HERENCIA ADRIÁN RODOLFO
MÉDICO GINECOLOGO OBSTETRA
C.M.P. 24764 - R.N.S. 38025

Dr. Palomino Herencia Adrián Rodolfo
Asesor Especialista
D.N.I. N° 21414049



Harry Leveau Bartra Ph. D
C.M.P. 27304 R.N.S. 11568
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA
Mg. y Dr. en Salud Pública
D. en Investigación Operativa

Dr. Leveau Bartra Henry Raúl
Asesor estadístico
D.N.I. N° 21487016

ANEXO 2. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>Problema General: ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la retención de restos placentarios en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2020 al 2024?</p> <p>Problemas Específico ¿Cuáles son los factores de riesgo personales asociados a la retención de restos placentarios en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2020 al 2024?</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo obstétricos asociados a la retención de restos placentarios en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2020 al 2024?</p>	<p>Objetivo general: Determinar los factores de riesgo asociados a la retención de restos placentarios en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2020 al 2024</p> <p>Objetivos Específicos Identificar los factores de riesgo personales asociados a la retención de restos placentarios en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2020 al 2024</p> <p>Identificar los factores de riesgo obstétricos asociados a la retención de restos placentarios en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2020 al 2024</p>	<p>Hipótesis general: Ha: Los factores de riesgo asociados a la retención de restos placentarios en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2020 al 2024 son de tipo personales y obstétricos.</p> <p>Hipótesis específicas Ha: Los factores de riesgo personales edad, paridad, antecedente de cesárea anterior, antecedente de legrado uterino y periodo intergenésico corto están asociados a la retención de restos placentarios en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2020 al 2024</p> <p>Ha: Los factores de riesgo obstétricos parto prematuro, parto prolongado, anemia, rotura prematura de membranas, características del líquido amniótico, preeclampsia, y tipo de alumbramiento están asociados a la retención de restos placentarios en gestantes atendidas en el</p>	<p>Factores personales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Paridad • Antecedente de cesárea anterior • Antecedente de legrado uterino • Periodo intergenésico corto <p>Factores obstétricos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parto prematuro • Parto prolongado • Anemia • Rotura prematura de membranas • Características del líquido amniótico • Preeclampsia • Tipo de alumbramiento

		Hospital Santa María del Socorro de Ica 2020 al 2024	
Diseño metodológico	Población y Muestra	Técnicas e Instrumentos	
Nivel. Explicativa Tipo de investigación: Transversal, Observacional Retrospectiva Analítica	Población: Se trata de las gestantes que tuvieron retención de restos placentarios en sus partos vaginales que fueron atendidos entre los años 2020 al 2024 que son 135 casos n= n= 127 casos y 254 controles Muestreo. Los pacientes serán seleccionados según criterios de inclusión tanto para el grupo de casos como para el de controles.	Técnica: Análisis documental y extracción de los datos de las historias clínicas Instrumento Ficha de recolección de datos Técnica de procesamiento y análisis de datos Los datos, será tabulada en el programa estadístico SPSS, y distinguir diferencias significativas entre las proporciones de los casos con los controles a través del chi cuadrado por tratarse de un estadístico no paramétrico. Se obtendrá las OR (Odds ratio) en un análisis bivariado y multivariado con sus intervalos de confianza al 95%.	



Dra. Miriam Jesús Legua Barrios
Asesor Metodológico
DNI: 21463227



Dr. Palomino Herencia Adrián Rodolfo
Asesor Especialista
D.N.I. N° 21414049



Dr. Leveau Bartra Henry Raúl
Asesor estadístico
D.N.I. N° 21487016



ANEXO 3. FICHA DE DATOS
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA RETENCIÓN DE RESTOS
PLACENTARIOS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA
MARÍA DEL SOCORRO DE ICA 2020 AL 2024

1.- Ficha N° _____

2.- Retención de restos placentarios. (Diagnosticado en base a la sintomatología a los antecedentes clínicos, y estudio ecográfico)

(Presente) (Ausente)

3.- Edad. _____

(< 20 años) (≥ de 20 años)

4.- Paridad _____

(1 parto) (2 a más partos)

5.- Antecedente de cesárea anterior.

(Si) (No)

6.- Antecedente de legrado uterino.

(Si) (No)

7.- Periodo intergenésico corto. (Tiempo entre una gestación y la siguiente que considerándose corto cuando es menor a 18 meses)

(Si) (No)

8.- Parto prematuro. _____ semanas

(< 37 semanas) (≥ 37 semanas)

9.- Parto prolongado. (Parto que excede las 14 horas en multíparas)

(> de 14 horas) (≤ de 14 horas)

10.- Anemia. _____ mg/dl

(Si) (No)

11.- Rotura prematura de membranas.

(Si) (No)

12.- Características del líquido amniótico.

(Verde) (Claro)

13.- Preeclampsia.

(Si) (No)

14.- Tipo de alumbramiento. Sea de tipo Schultze (Cara fetal de la placenta) o Duncan (Cara materna de la placenta)

(Schultze) (Duncan)

ANEXO 4. JUICIO DE EXPERTOS

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA 2020 AL 2024

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Miriam Jesús Legua Barrios
1.2 Cargo e institución donde labora: Universidad Privada San Juan Bautista
1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos.
1.5 Autor (a) del instrumento: VENTURA ARENAS BRIAN JOSE

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					90%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					90%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre factores asociados a la retención de restos placentarios.					90%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					90%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					90%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer asociación entre los factores de riesgo asociados a la retención de restos placentarios.					90%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					90%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					90%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación Analítica					90%

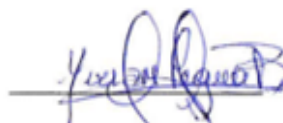
III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD

SI APLICA

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

90%

Lugar y Fecha: Ica, 24 de abril de 2025



Dra. Miriam Jesús Legua Barrios

D.N.I. N° 21463227

Teléfono 955604667

VALIDACION DE EXPERTO DE EXPERTOS

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA 2020 AL 2024

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Palomino Herencia Adrián Rodolfo
 1.2 Cargo e institución donde labora: Hospital Santa María del Socorro
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos.
 1.5 Autor (a) del instrumento: VENTURA ARENAS BRIAN JOSE

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					90%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					90%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre factores asociados a la retención de restos placentarios.					90%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					90%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					90%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer asociación entre los factores de riesgo asociados a la retención de restos placentarios.					90%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					90%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					90%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación Analítica					90%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

SI APLICA

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

90%

Lugar y Fecha: Ica, 24 de Abril de 2025

Palomino Herencia Adrián Rodolfo

D.N.I. 21414049

Teléfono: 956931327

VALIDACION DE EXPERTOS

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA 2020 AL 2024

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Leveau Bartra Henry Raúl.
 1.2 Cargo e institución donde labora: Universidad Privada San Juan Bautista.
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos.
 1.5 Autor (a) del instrumento: VENTURA ARENAS BRIAN JOSE.

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					90%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					90%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre factores asociados a la retención de restos placentarios.					90%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					90%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					90%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer asociación entre los factores de riesgo asociados a la retención de restos placentarios.					90%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					90%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					90%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación Analítica					90%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD: SI APLICA

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

90%

Lugar : Ica, 24 de Abril de 2025



Dr. Leveau Bartra Harry Raúl

D.N.I. N° 2 1 4 8 7 0 1 6

Teléfono 956608888

ANEXO 5: CONSTANCIA DE COMITÉ DE ETICA



UNIVERSIDAD PRIVADA
SAN JUAN BAUTISTA

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA N°1082-2025-CIEI-UPSJB

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Privada San Juan Bautista SAC, deja constancia que el Proyecto de Investigación detallado a continuación ha sido evaluado en la sesión del CIEI:

Código de Registro: **N°1082-2025-CIEI-UPSJB**

Título del Proyecto: **"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA 2020 AL 2024"**

Investigador (a) Principal: **VENTURA ARENAS BRIAN JOSE**

El Comité Institucional de Ética en Investigación ha determinado que este proyecto no califica como una investigación en sujetos humanos y está **EXONERADO** de revisión protocolar. Es preciso mencionar que el estudio cumple los lineamientos y estándares académicos, científicos y éticos de la UPSJB.

La vigencia de la constancia es efectiva hasta la conclusión del estudio en mención. No hace falta una solicitud de renovación de vigencia.

Como investigador principal, es su deber contactar oportunamente al CIEI ante cualquier cambio al protocolo exonerado que podría ser considerado en una enmienda al presente proyecto.

Finalmente, el investigador debe responder a las solicitudes de seguimiento al proyecto que el CIEI pueda solicitar y deberá informar al CIEI sobre la culminación del estudio de acuerdo a los reglamentos establecidos.

Lima, 03 de junio de 2025.




Dr. Luis Alberto Barboza Zelada
Presidente del Comité Institucional
de Ética en Investigación

ANEXO 6: PERMISO DEL HOSPITAL



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



CÓDIGO DE REGISTRO: R-2025-100-64

CONSTANCIA

Se suscribe, en calidad de presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) del Hospital Santa María del Socorro de Ica, certifico que el Informe Final de Investigación para realizar la tesis de la Universidad Privada San Juan Bautista, con título "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA 2020 AL 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 del investigador, VENTURA ARENAS BRIAN JOSÉ. Este proyecto incluye los siguientes documentos:


- Informe Final
- Declaración de la investigadora
- Modalidad de Historias Clínicas

La aprobación es válida por un año hasta el año **14/08/2026**. 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, 20 de agosto del 2025


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

cc. EL Investigador.

HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA
Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación
GOBIERNO REGIONAL DE ICA
Calle Castrovirreyna N°759
Ica