

**UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**T E S I S**

**Prevalencia de retención de restos placentarios, en relación a las características clínicas y obstétricas de púerperas, Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Pasco, junio a diciembre, 2024**

**Para optar el título profesional de:**

**Obstetra**

**Autoras:**

**Bach. Zulma Aurora AYALA PINTO**

**Bach. Lizbeth YURIVILCA CRUZ**

**Asesora:**

**Mg. Yolanda COLQUI CABELLO**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**T E S I S**

**Prevalencia de retención de restos placentarios, en relación a las  
características clínicas y obstétricas de puérperas, Hospital Regional Daniel  
Alcides Carrión, Pasco, junio a diciembre, 2024**

**Sustentada y aprobada ante los miembros del jurado:**

---

**Dr. Isaias Fausto MEDINA ESPINOZA**  
**PRESIDENTE**

---

**Mg. Cesar Ivón TARAZONA MEJORADA**  
**MIEMBRO**

---

**Dr. Samuel Eusebio ROJAS CHIPANA**  
**MIEMBRO**



**Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**  
**Unidad de Investigación**

---

**INFORME DE ORIGINALIDAD N° 011-2026**

La Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión ha realizado el análisis con exclusiones en el Software Turnitin Similarity, que a continuación se detalla:

Presentado por:

**Zulma Aurora AYALA PINTO**  
**Lizbeth YURIVILCA CRUZ**

Escuela de Formación Profesional  
**OBSTETRICIA**

**Tesis**

**“Prevalencia de retención de restos placentarios, en relación a las características clínicas y obstétricas de puérperas, Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Pasco, junio a diciembre, 2024”**

**Asesor:**

***Mg. Yolanda COLQUI CABELLO***

**Índice de Similitud: 6%**

**Calificativo**

**APROBADO**

Se adjunta al presente el informe y el reporte de evaluación del software similitud.

Cerro de Pasco, 14 de abril del 2026



Firmado digitalmente por TUMIALAN  
HILARIO Raquel Flor De María FAU/  
25104605048 soft  
Motivo: Soy el autor del documento  
Fecha: 14.04.2026 13:05:13 -05:00

**Dra. Raquel Flor de María TUMIALAN HILARIO**  
Directora de la Unidad de Investigación  
Facultad de Ciencias de la Salud

## **DEDICATORIA**

Esta tesis está dedicada, en primer lugar, a Dios, por brindarme la fortaleza necesaria para continuar persiguiendo mis sueños. Asimismo, a mi madre, Irma Liria Pinto Fernández, quien siempre me motivó a no rendirme y ha sido un ejemplo de fuerza y lucha constante. De igual manera, a mis hermanas y familiares, por el apoyo incondicional y emocional que me han brindado en todo momento.

**Zulma A. P.**

Con profundo regocijo, amor y esperanza, dedico esta tesis a cada uno de mis seres queridos, quienes han sido el pilar fundamental en mi formación académica. Su constante inspiración y apoyo incondicional, especialmente el de mis padres y hermano, por creer en mí y estar siempre a mi lado en cada paso de este viaje, han sido la fuerza que me permitió alcanzar esta meta.

**Lizbeth Y. C.**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecemos a Dios por brindarnos la fortaleza y permitirnos culminar satisfactoriamente nuestros estudios superiores. Asimismo, expresamos nuestro agradecimiento a nuestra alma mater, la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión, por acogernos en nuestra formación profesional.

De igual manera, a los docentes de la Escuela de Formación Profesional de Obstetricia, por los conocimientos y experiencias transmitidas a lo largo de nuestra preparación académica. Al Hospital Regional Daniel Alcides Carrión García, por brindarnos las facilidades necesarias para el desarrollo del presente estudio; y a nuestra asesora, Mg. Yolanda Colqui Cabello, por su orientación y acompañamiento constante, que permitieron concretar y cristalizar esta investigación.

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar las principales características clínicas y obstétricas asociados a la prevalencia de retención de restos placentarios, en puérperas atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, provincia de Pasco, de junio a diciembre del 2024.

El estudio es aplicativo con enfoque cuantitativo, el nivel es descriptivo, el método es el científico, deductivo, analítico y el estadístico; el diseño empleado es el no experimental, correlacional y de cohorte transversal. La muestra de trabajo es 168 puérperas, comprendidas por puérperas con retención de restos placentarios (RRP) y sin RRP, atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Pasco; el tipo de muestreo es no probabilístico, por conveniencia, con criterios de inclusión y exclusión; los instrumentos de recolección de datos son el cuestionario y ficha documental; para el procesamiento y análisis de los datos, se ha empleado la técnica estadística no paramétrica de Pearson (Chi-cuadrada), llegando a las conclusiones finales.

**Resultados:** En puérperas menores de 20 años, el 30% tuvo RRP y el 10% no; en puérperas de 20 a 34 años, el 23% muestra RRP y el 75% no y en puérperas mayores de 34 años, el 47% tuvo RRP y el 15% no ( $p=0.000 < \alpha=0.05$ ). En puérperas sin anemia gestacional, el 42% tuvo RRP y el 68% no; con anemia gestacional, el 58% tuvo RRP y el 32% no ( $p=0.004 < \alpha=0.05$ ). En puérperas con infección en la gestación, el 56% tuvo RRP y el 30% no; en sin infección, el 44% tuvo RRP y el 70% no ( $p=0.001 < \alpha=0.05$ ). En puérperas con comorbilidades, el 49% tuvo RRP y el 29% no; sin comorbilidades, el 51% tuvo RRP y el 71% no ( $p=0.011 < \alpha=0.05$ ). En puérperas primíparas, el 17% tuvo RRP y el 49% no; en multíparas, el 51% tuvo RRP y el 34% no; en gran multíparas, el 32% tuvo RRP y el 17% no ( $p=0.000 < \alpha=0.05$ ). En puérperas con parto normal, el 52% muestra RRP y el 75% no; con parto prolongado, el 48% tuvo RRP y el 25% no ( $p=0.004 < \alpha=0.05$ ). En puérperas con control prenatal y de parto adecuada, el 11% tuvo RRP y el 34% no; con control prenatal y de parto

entre inadecuada y regular, el 89% tuvo RRP y el 66% no ( $p=0.001 < \alpha=0.05$ ).

**Conclusiones:** Puérperas mayores de 34 años presentan mayor prevalencia de retención de restos placentarios (RRP); puérperas con anemia moderada o severa presentan mayor prevalencia de RRP; puérperas con infecciones urinarias recurrentes o vaginosis bacteriana presentan mayor prevalencia de RRP; la RRP fue mayor en puérperas que presentan, preeclampsia o hipertensión gestacional o diabetes gestacional; lo más prevalente en RRP fueron las puérperas multíparas y las grandes multíparas; el trabajo de parto prolongado, incrementa la frecuencia de puérperas con RRP; puérperas con control prenatal y atención del parto inadecuado, presentan mayor prevalencia de RRP.

**Palabras Clave:** Retención de restos placentarios, características clínicas, características obstétricas, edad materna, duración de trabajo de parto.

## ABSTRACT

Objective: To identify the main clinical and obstetric characteristics associated with the prevalence of retained placental fragments in postpartum women treated at the Daniel Alcides Carrión Regional Hospital, Pasco province, from June to December 2024.

This applied study uses a quantitative approach and is descriptive in nature. The methodology employed is scientific, deductive, analytical, and statistical. The design is non-experimental, correlational, and cross-sectional cohort. The sample consists of 168 postpartum women, including those with and without retained placental fragments (RRP), who were treated at the Daniel Alcides Carrión Regional Hospital in Pasco. The sampling method is non-probabilistic, based on convenience, with inclusion and exclusion criteria. Data collection instruments include a questionnaire and a document form. The non-parametric Pearson's chi-square test was used for data processing and analysis, leading to the final conclusions.

Results: In postpartum women under 20 years of age, 30% had RRP and 10% did not; in postpartum women aged 20 to 34 years, 23% showed RRP and 75% did not; and in postpartum women over 34 years of age, 47% had RRP and 15% did not ( $p=0.000 < \alpha=0.05$ ). In postpartum women without gestational anemia, 42% had RRP and 68% did not; with gestational anemia, 58% had RRP and 32% did not ( $p=0.004 < \alpha=0.05$ ). In postpartum women with infection during pregnancy, 56% had RRP and 30% did not; in those without infection, 44% had RRP and 70% did not ( $p=0.001 < \alpha=0.05$ ). In postpartum women with comorbidities, 49% had RRP and 29% did not; without comorbidities, 51% had RRP and 71% did not ( $p=0.011 < \alpha=0.05$ ). In primiparous postpartum women, 17% had RRP and 49% did not; in multiparous women, 51% had RRP and 34% did not; in grand multiparous women, 32% had RRP and 17% did not ( $p=0.000 < \alpha=0.05$ ). In postpartum women with normal delivery, 52% showed RRP and 75% did not; with prolonged delivery, 48% had RRP and 25% did not ( $p=0.004 < \alpha=0.05$ ). In postpartum women with adequate prenatal and delivery control, 11%

had RRP and 34% did not; with prenatal and delivery control between inadequate and regular, 89% had RRP and 66% did not ( $p=0.001 < \alpha=0.05$ ).

**Conclusions:** Postpartum women over 34 years of age have a higher prevalence of retained placental fragments (RPF); postpartum women with moderate or severe anemia have a higher prevalence of RPF; postpartum women with recurrent urinary tract infections or bacterial vaginosis have a higher prevalence of RPF; RPF was higher in postpartum women with preeclampsia, gestational hypertension, or gestational diabetes; the most prevalent RPF were in multiparous and grand multiparous postpartum women; prolonged labor increases the frequency of postpartum women with RPF; postpartum women with inadequate prenatal care and delivery care have a higher prevalence of RPF.

**Keywords:** Retention of placental fragments, clinical characteristics, obstetric characteristics, maternal age, duration of labor.

## INTRODUCCIÓN

La retención de restos placentarios (RRP) constituye una de las complicaciones más relevantes del período posparto inmediato, debido a su estrecha relación con la morbilidad materna, especialmente la hemorragia postparto y las infecciones puerperales. Esta condición se define como la permanencia total o parcial de tejido placentario en la cavidad uterina después del alumbramiento, interfiriendo con la adecuada involución uterina y aumentando el riesgo de desenlaces adversos para la puérpera (1).

A nivel mundial, la prevalencia de la retención de restos placentarios varía según el contexto sanitario, el acceso a servicios obstétricos oportunos y la calidad de la atención durante el parto. En países en vías de desarrollo, esta complicación continúa siendo un problema de salud pública, al contribuir de manera significativa a la mortalidad materna evitable, particularmente cuando no es diagnosticada y tratada de forma temprana.

Diversos estudios han evidenciado que la aparición de la retención de restos placentarios se encuentra asociada a múltiples características clínicas y obstétricas de la puérpera, tales como la edad materna extrema, multiparidad, antecedentes de cesárea, partos instrumentados, alumbramiento prolongado y anomalías de la placenta. Estos factores influyen directamente en la fisiología del desprendimiento placentario y en la contractilidad uterina posparto (2).

En el contexto latinoamericano, la retención de restos placentarios sigue representando un desafío para los servicios de salud, debido a la persistencia de desigualdades en la atención obstétrica y limitaciones en la vigilancia del puerperio inmediato. Investigaciones regionales reportan una incidencia variable, pero coinciden en señalar que su presencia incrementa la estancia hospitalaria y la necesidad de intervenciones invasivas, como el legrado uterino (3).

En el Perú, las complicaciones del puerperio continúan figurando entre las principales causas de morbilidad materna, siendo la retención de restos placentarios una condición

frecuentemente subdiagnosticada. La identificación de las características clínicas y obstétricas asociadas resulta fundamental para fortalecer las estrategias de prevención, detección precoz y manejo oportuno dentro de los establecimientos de salud, especialmente en hospitales de referencia regional (4).

En este sentido, el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión de Pasco, como centro de atención especializada, atiende a una población diversa de puérperas con distintos perfiles de riesgo obstétrico. Analizar la prevalencia de retención de restos placentarios y su relación con las características clínicas y obstétricas durante el periodo de junio a diciembre de 2024, permitirá generar evidencia local relevante, orientada a mejorar la calidad de la atención materna y contribuir a la reducción de complicaciones posparto (5).

# ÍNDICE

**Página.**

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE GRÁFICOS

## CAPÍTULO I

### PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.	Identificación y determinación del problema .....	1
1.2.	Delimitación de la investigación.....	2
1.3.	Formulación del problema .....	4
1.3.1.	Problema general .....	4
1.3.2.	Problemas específicos.....	4
1.4.	Formulación de objetivos.....	4
1.4.1.	Objetivo general.....	4
1.4.2.	Objetivos específicos .....	5
1.5.	Justificación de la investigación .....	5
1.6.	Limitaciones de la investigación.....	7

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

2.1.	Antecedentes de estudio.....	8
2.2.	Bases teóricas – científicas .....	12
2.3.	Definición de términos básicos .....	24
2.4.	Formulación de hipótesis .....	27
2.4.1.	Hipótesis general.....	27
2.4.2.	Hipótesis específicas .....	27
2.5.	Identificación de variables .....	27
2.6.	Definición operacional de variables e indicadores .....	28

CAPÍTULO III  
METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1.	Tipo de investigación.....	30
3.2.	Nivel de investigación.....	30
3.3.	Métodos de investigación .....	31
3.4.	Diseño de investigación .....	32
3.5.	Población y muestra.....	33
3.6.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	35
3.7.	Selección, validación y confiabilidad de los instrumentos de investigación .....	36
3.8.	Técnicas de procesamiento y análisis de datos .....	38
3.9.	Tratamiento estadístico .....	39
3.10.	Orientación ética filosófica y epistémica.....	40

CAPÍTULO IV  
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1.	Descripción del trabajo de campo.....	42
4.2.	Presentación, análisis e interpretación de resultados .....	43
4.3.	Prueba de hipótesis .....	58
4.4.	Discusión de resultados.....	66

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Página.</b>
Tabla 1. Puérperas atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Pasco, según la edad materna y por la prevalencia de retención de restos placentarios, durante junio a diciembre del 2024.....	44
Tabla 2. Puérperas atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, según la anemia gestacional y por la prevalencia de retención de restos placentarios. ....	46
Tabla 3. Puérperas atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Pasco, según la presencia de infección durante la gestación y por la prevalencia de retención de restos placentarios, de junio a diciembre del 2024. ....	48
Tabla 4. Puérperas atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Pasco, según la presencia de comorbilidades maternas y por la prevalencia de retención de restos placentarios, de junio a diciembre del 2024. ....	50
Tabla 5. Puérperas atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Pasco, según la paridad y por la prevalencia de retención de restos placentarios, de junio a diciembre del 2024.....	52
Tabla 6. Puérperas atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Pasco, según la duración del trabajo de parto y por la prevalencia de retención de restos placentarios, de junio a diciembre del 2024.....	54
Tabla 7. Puérperas atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Pasco, según el control prenatal y atención del parto; por la prevalencia de retención de restos placentarios, de junio a diciembre del 2024.....	56
Tabla 8. Asociación entre las características, edad materna y la prevalencia de retención de restos placentarios. ....	58
Tabla 9. Asociación entre las variables, anemia durante la gestación y la prevalencia de retención de restos placentarios. ....	59
Tabla 10. Relación entre las variables, infección durante la gestación y la prevalencia de retención de restos placentarios. ....	60
Tabla 11. Relación entre las variables, presencia de comorbilidades maternas y la prevalencia de retención de restos placentarios. ....	62
Tabla 12. Asociación entre las variables, paridad y la prevalencia de retención de restos placentarios. ....	63

Tabla 13. Relación entre las variables, duración del trabajo de parto y la prevalencia de retención de restos placentarios. ....	64
Tabla 14. Asociación entre las variables, control prenatal y atención del parto; con la prevalencia de retención de restos placentarios. ....	65

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	<b>Página.</b>
Gráfico 1. Puérperas atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, según edad materna y por la prevalencia de retención de restos placentarios. ....	45
Gráfico 2. Puérperas atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Pasco, según la anemia durante el embarazo y por la prevalencia de retención de restos placentarios. ....	47
Gráfico 3. Puérperas atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, según la presencia de infección durante la gestación y por la prevalencia de retención de restos placentarios. ....	49
Gráfico 4. Puérperas atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, según la presencia de comorbilidades maternas y por la prevalencia de retención de restos placentarios. ....	51
Gráfico 5. Puérperas atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, según la paridad y por la prevalencia de retención de restos placentarios. ....	53
Gráfico 6. Puérperas atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, según la duración del trabajo de parto y por la prevalencia de retención de restos placentarios. ....	55
Gráfico 7. Puérperas atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, según la atención prenatal y del parto; por la prevalencia de retención de restos placentarios. ....	57

## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1. Identificación y determinación del problema**

La retención de restos placentarios (RRP) constituye una complicación del tercer período del trabajo de parto que se presenta cuando el tejido placentario no es expulsado de manera completa después del alumbramiento. Esta condición puede ocasionar hemorragia postparto, infección puerperal, sub involución uterina y otras complicaciones que incrementan la morbilidad materna. En contextos hospitalarios, su detección oportuna depende del monitoreo clínico adecuado durante el puerperio inmediato y mediato.

En el ámbito nacional y regional, las complicaciones del puerperio continúan representando un desafío para los servicios de salud, especialmente en hospitales de referencia que atienden gestantes con factores de riesgo obstétrico. La retención de restos placentarios, aunque prevenible y tratable, puede pasar desapercibida si no se realiza una evaluación clínica sistemática, lo que conlleva intervenciones posteriores como legrado uterino o procedimientos quirúrgicos adicionales.

En el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión de Pasco, establecimiento de referencia para la región, se atiende un número considerable de partos institucionales. Sin embargo, no se cuenta con evidencia sistematizada reciente que determine la prevalencia de retención de restos placentarios ni su relación con las características clínicas (edad, estado nutricional, antecedentes patológicos, nivel de hemoglobina, entre otros) y obstétricas (paridad, tipo de parto, duración del alumbramiento, antecedentes de cesárea, edad gestacional, etc.) de las puérperas atendidas durante el periodo junio a diciembre de 2024.

La ausencia de información local actualizada limita la toma de decisiones basadas en evidencia y dificulta la implementación de estrategias preventivas focalizadas en los principales factores asociados. Por ello, surge la necesidad de identificar la magnitud del problema dentro del contexto hospitalario específico y analizar su comportamiento en relación con variables clínicas y obstétricas relevantes.

El problema central de investigación se orienta a determinar la frecuencia con la que ocurre la retención de restos placentarios en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión durante el periodo de estudio y establecer si existe asociación significativa con determinadas características clínicas y obstétricas de las puérperas.

La determinación precisa de este problema permitirá generar evidencia científica local que contribuya al fortalecimiento de protocolos de vigilancia del puerperio, optimización del manejo del alumbramiento y reducción de complicaciones maternas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión de Pasco.

## **1.2. Delimitación de la investigación**

**Delimitación Espacial.** - El estudio se desarrollará en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, ubicado en la ciudad de Pasco, institución de referencia regional que brinda atención obstétrica especializada y concentra un número

significativo de partos institucionales. La recolección de datos se realizará en los servicios de Ginecología y Obstetricia, específicamente en el área de hospitalización del puerperio y sala de partos.

**Delimitación Temporal.** - La investigación abarcará el periodo comprendido entre junio y diciembre del año 2024. Se analizarán los casos registrados durante dicho intervalo, considerando la información consignada en historias clínicas, registros obstétricos y libros de sala de partos correspondientes a ese periodo.

**Delimitación Poblacional.** - La población estará constituida por todas las puérperas atendidas por parto vaginal o cesárea en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión durante el periodo de estudio. Se incluirán aquellas que cuenten con registros clínicos completos que permitan identificar la presencia o ausencia de retención de restos placentarios y las características clínicas y obstétricas necesarias para el análisis. Se excluirán los casos con información incompleta o registros ilegibles que impidan la correcta clasificación de las variables.

**Delimitación Temática.** - El estudio se centrará exclusivamente en determinar la prevalencia de retención de restos placentarios y analizar su relación con determinadas características clínicas (edad materna, nivel de hemoglobina, antecedentes patológicos, estado nutricional, entre otros) y características obstétricas (paridad, tipo de parto, duración del alumbramiento, edad gestacional, antecedentes de cesárea, número de controles prenatales, entre otros).

No se abordarán otras complicaciones del puerperio, como atonía uterina, desgarros perineales o trastornos hipertensivos, salvo que estén directamente relacionadas con la retención de restos placentarios. Tampoco se evaluarán intervenciones terapéuticas específicas ni resultados neonatales, ya que el enfoque principal es epidemiológico y analítico respecto a la población materna.

### **1.3. Formulación del problema**

#### **1.3.1. Problema general**

¿Cuáles son los principales características clínicas y obstétricas asociados a la prevalencia de retención de restos placentarios, en puérperas atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, provincia de Pasco, de junio a diciembre del 2024?

#### **1.3.2. Problemas específicos**

- a. ¿Cómo se relaciona la edad materna, con la frecuencia de puérperas que presentan la retención de restos placentarios?
- b. ¿Qué efectos tiene la presencia de anemia durante el embarazo, en la frecuencia de puérperas con la presencia de retención de restos placentarios?
- c. ¿Cómo se asocian la presencia de infecciones durante el embarazo y la frecuencia de puérperas con la presencia de retención de restos placentarios?
- d. ¿Cómo afecta la presencia de comorbilidades maternas, en la frecuencia de puérperas con retención de restos placentarios?
- e. ¿Cómo se asocian la paridad y la frecuencia de puérperas con retención de restos placentarios?
- f. ¿Cómo se relacionan la duración del trabajo de parto, con la frecuencia de puérperas que presentan retención de restos placentarios?
- g. ¿Cómo se asocian el control prenatal y atención del parto, con la frecuencia de puérperas que presentan retención de restos placentarios?

### **1.4. Formulación de objetivos**

#### **1.4.1. Objetivo general**

Identificar las principales características clínicas y obstétricas asociados a la

prevalencia de retención de restos placentarios, en puérperas atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, provincia de Pasco, de junio a diciembre del 2024

#### **1.4.2. Objetivos específicos**

- a. Explicar la edad materna, en relación a la frecuencia de puérperas con presencia de retención de restos placentarios.
- b. Evaluar la presencia de anemia durante el embarazo, en relación a la frecuencia de puérperas que presentan la retención de restos placentarios.
- c. Evaluar la presencia de infecciones durante el embarazo, en relación a la frecuencia de puérperas que presentan la retención de restos placentarios.
- d. Evaluar la presencia de comorbilidades maternas, en relación a la frecuencia de puérperas con retención de restos placentarios.
- e. Explicar la paridad en relación a la frecuencia de puérperas que presentan retención de restos placentarios.
- f. Calificar el tiempo de duración del trabajo de parto, en relación a la prevalencia de retención de restos placentarios.
- g. Calificar el control prenatal y atención del parto, en relación de la prevalencia de retención de restos placentarios.

#### **1.5. Justificación de la investigación**

**Justificación Teórica.** - La retención de restos placentarios constituye una complicación relevante del puerperio inmediato, debido a su asociación con hemorragia postparto, infección puerperal y sub involución uterina. Desde el enfoque obstétrico, el conocimiento actualizado sobre su prevalencia y los factores clínicos y obstétricos relacionados permite fortalecer el sustento científico en torno a los mecanismos fisiopatológicos del alumbramiento y las condiciones que alteran su normal evolución. La presente investigación contribuirá al cuerpo teórico existente al generar evidencia local sobre la magnitud del problema y su comportamiento en una población específica

de puérperas, permitiendo contrastar los hallazgos con estudios nacionales e internacionales.

**Justificación Práctica.** - Desde el punto de vista asistencial, identificar la prevalencia de retención de restos placentarios en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, permitirá reconocer la dimensión real del problema dentro del contexto institucional. Asimismo, determinar su relación con determinadas características clínicas y obstétricas facilitará la identificación de perfiles de riesgo, optimizando la vigilancia del puerperio inmediato y mediato. Los resultados podrán orientar la actualización de protocolos de atención, reforzar la supervisión del tercer período del parto y promover intervenciones oportunas que disminuyan la morbilidad materna.

**Justificación Metodológica.** - Metodológicamente, el estudio aporta un diseño cuantitativo descriptivo–correlacional que permitirá medir la prevalencia y establecer asociaciones estadísticas entre variables clínicas y obstétricas. La sistematización de datos provenientes de registros clínicos contribuirá a fortalecer la cultura de investigación basada en evidencia dentro del hospital. Además, la operacionalización clara de variables podrá servir como referencia para futuras investigaciones similares en otros establecimientos de salud.

**Justificación Social.** - La salud materna constituye un componente esencial del bienestar familiar y comunitario. La retención de restos placentarios, al incrementar el riesgo de complicaciones posparto, puede afectar la recuperación física y emocional de la madre, así como su capacidad de cuidado del recién nacido. Al generar evidencia que permita mejorar la detección y manejo oportuno de esta condición, la investigación contribuye indirectamente a la reducción de complicaciones maternas y al fortalecimiento de la calidad de la atención obstétrica en la región Pasco.

El Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, debe contar con información

actualizada sobre la prevalencia de retención de restos placentarios y su relación con características clínicas y obstétricas, permitirá evaluar la efectividad de las prácticas actuales durante el alumbramiento y el puerperio. Los resultados podrán emplearse como insumo para la toma de decisiones administrativas y clínicas, implementación de estrategias preventivas y fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica hospitalaria.

## **1.6. Limitaciones de la investigación**

Limitaciones relacionadas con la fuente de información, el estudio se basa en la revisión de historias clínicas, registros obstétricos y libros de sala de partos, lo que implica dependencia de la calidad y completitud de los datos consignados. La posible existencia de registros incompletos, errores de transcripción o información ilegible podría afectar la precisión en la identificación de casos de retención de restos placentarios y en la caracterización de las variables clínicas y obstétricas.

Limitaciones poblacionales, el estudio se desarrollará únicamente en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión de Pasco, por lo que los resultados reflejarán la realidad de una institución específica. En consecuencia, la extrapolación de los hallazgos a otros establecimientos de salud, regiones o niveles de complejidad deberá realizarse con cautela, considerando las diferencias en infraestructura, recursos humanos y características sociodemográficas de la población atendida.

Limitaciones relacionadas con variables no consideradas, si bien la investigación analizará determinadas características clínicas y obstétricas, pueden existir otros factores no incluidos en el estudio —como condiciones socioeconómicas, acceso a controles prenatales de calidad, prácticas culturales o variaciones en la conducta clínica del personal de salud, que podrían influir en la aparición de retención de restos placentarios. La no inclusión de estas variables podría limitar la comprensión integral del fenómeno.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes de estudio**

##### **Internacionales**

La retención de restos placentarios (RRP) representa una complicación obstétrica de importancia a nivel global, debido a su estrecha relación con hemorragia posparto, infección puerperal y mayor morbilidad materna. En este contexto, múltiples investigaciones internacionales han analizado su prevalencia, así como las características clínicas y obstétricas vinculadas a su presentación.

Favilli A, et.al.; (2021); en un estudio sobre, “Revisión sistemática publicada en BMC Pregnancy and Childbirth”; Se informó que la frecuencia de placenta retenida tras el parto vaginal varía entre 0,5% y 4,8%, según el nivel de complejidad del establecimiento de salud y los criterios empleados para su diagnóstico. Asimismo, se determinaron como principales factores asociados la edad materna avanzada, antecedentes de cesárea, legrados uterinos previos, inducción del trabajo de parto y alteraciones placentarias. Estos resultados ponen de manifiesto la relación existente

entre las características clínicas y obstétricas de las puérperas y la presentación de esta complicación (6).

Endler M., et. al.; (2019); En una investigación retrospectiva desarrollada en Europa que incluyó más de 100 000 partos vaginales, se evidenció que alrededor del 3,3 % de las puérperas necesitó revisión manual de la cavidad uterina ante la sospecha de retención placentaria. Asimismo, se halló una asociación estadísticamente significativa con parto pretérmino, preeclampsia, antecedentes de aborto y prolongación del trabajo de parto. Estos hallazgos subrayan la relevancia del adecuado control prenatal y la estricta supervisión del tercer período del parto para prevenir complicaciones asociadas (7).

Rottenstreich A, Levin G, Kleinstern G, Spectre G, Meyer R.; (2022); en el estudio, “Clinical characteristics and maternal outcomes of women with postpartum retained placental fragments”. Un estudio de cohorte prospectiva publicado en el “Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine”, analizó 16 583 partos vaginales y evidenció una incidencia de 0,58% de restos placentarios confirmados mediante estudio histopatológico. Se identificó un incremento del riesgo en puérperas con antecedente de desprendimiento prematuro de placenta, administración prolongada de oxitocina y trabajo de parto inducido. Asimismo, se observó mayor frecuencia de hemorragia posparto y requerimiento de transfusión sanguínea en los casos con esta complicación (8).

Hershkovitz R, Dekel A, Sheiner E.; (2023); en el estudio sobre, “Novel risk factors associated with retained placenta after vaginal birth”. Estudios recientes han señalado la presencia de nuevos factores relacionados, entre ellos la fertilización in vitro, la hipertensión crónica y la multiparidad. Estos hallazgos permiten comprender que la retención placentaria constituye un evento de naturaleza multifactorial,

influenciado tanto por las condiciones maternas preexistentes como por el manejo obstétrico durante el tercer período del parto (9).

En términos generales, la literatura internacional evidencia que la prevalencia de retención de restos placentarios presenta variaciones de acuerdo con el nivel de complejidad del establecimiento de salud y la coexistencia de factores clínicos y obstétricos predisponentes. Estos antecedentes fundamentan la pertinencia de analizar esta problemática en escenarios específicos como el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión de Pasco, tomando en consideración las particularidades de la población usuaria, entre ellas la elevada incidencia de anemia gestacional, la multiparidad y las derivaciones tardías.

### **Nacionales**

En el ámbito peruano, la retención de restos placentarios (RRP) se reconoce como una de las causas más relevantes de hemorragia posparto y de complicaciones durante el puerperio inmediato, particularmente en hospitales de referencia regional. Diferentes investigaciones desarrolladas en establecimientos del Ministerio de Salud han analizado su prevalencia y los factores clínicos y obstétricos relacionados con su aparición.

Quispe L, Ramos G, Cárdenas M.; (2019); en un estudio sobre, “Factores asociados a retención placentaria en puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Lima”. Se informó una prevalencia de retención placentaria aproximada del 2,1 % en los partos vaginales atendidos, evidenciándose como factores relacionados la multiparidad, la anemia gestacional de grado moderado a severo y el antecedente de cesárea previa. El estudio concluyó que una vigilancia adecuada del tercer período del parto contribuye de manera significativa a disminuir la incidencia de esta complicación (10).

Chávez R, Villanueva M.; (2020); en un estudio sobre, “Complicaciones del puerperio inmediato y factores asociados en el Hospital Regional de Cajamarca. En el Hospital Regional de Cajamarca, un estudio de carácter retrospectivo evidenció que la retención de restos placentarios constituyó alrededor del 3,4 % de las complicaciones del puerperio inmediato. Se identificó mayor ocurrencia en gestantes con control prenatal insuficiente (menos de seis atenciones), trabajo de parto prolongado y diagnóstico de preeclampsia. Estos hallazgos ponen de manifiesto la influencia de las características clínicas y obstétricas en la aparición de la RRP, particularmente en poblaciones de altura y procedentes de zonas rurales (11).

Huamán S, Torres A.; (2021); en un estudio sobre, “Anemia gestacional como factor de riesgo para retención de restos placentarios en el Hospital Regional de Ayacucho”. En el Hospital Regional de Ayacucho, una investigación de tipo analítico evidenció una asociación estadísticamente significativa entre anemia gestacional y retención placentaria (OR > 2), señalando que la prevalencia fue superior en puérperas con niveles de hemoglobina inferiores a 10 g/dL al momento del parto. Este hallazgo cobra especial importancia en regiones altoandinas, donde la anemia persiste como un problema prioritario de salud pública (12).

Mamani P, Flores E.; (2022); en un estudio sobre, “Características obstétricas asociadas a retención placentaria en hospitales del sur del Perú”. En estudios realizados en hospitales del sur del país, como en Arequipa y Puno, se ha evidenciado que la retención de restos placentarios ocurre con mayor frecuencia en partos instrumentados y cesáreas de emergencia, así como en gestantes que fueron referidas tardíamente desde establecimientos periféricos. Estos resultados destacan la relevancia de garantizar una atención obstétrica oportuna y de calidad, así como la adecuada aplicación del manejo activo del tercer período del parto para disminuir la aparición de esta complicación (13).

De manera global, las investigaciones nacionales evidencian que la prevalencia de retención de restos placentarios en el Perú se sitúa entre 1,5 % y 3,5 %, presentando variaciones según el nivel de complejidad del establecimiento de salud y las características sociodemográficas de la población usuaria. Estos antecedentes sustentan la necesidad de analizar esta problemática en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión de Pasco, considerando que es un centro de referencia que recibe gestantes provenientes de zonas rurales altoandinas, donde persisten altas tasas de anemia y un control prenatal irregular.

## **2.2. Bases teóricas – científicas**

### **Retención de Restos Placentarios (RRP)**

#### **DEFINICIÓN CONCEPTUAL:**

La retención de restos placentarios se conceptualiza como la persistencia parcial o completa de tejido placentario en la cavidad uterina tras el alumbramiento, ya sea después de un parto vaginal o por cesárea. Esta condición representa una complicación propia del tercer periodo del parto y mantiene una relación directa con la aparición de hemorragia posparto, infección puerperal y subinvolución uterina (14).

Según la world health organization (who), la hemorragia posparto continúa siendo una de las principales causas de muerte materna a nivel mundial, y dentro de sus causas se encuentra la retención placentaria (15).

#### **FISIOPATOLOGÍA:**

El proceso fisiológico del desprendimiento placentario se produce gracias a las contracciones uterinas, las cuales originan un plano de separación en la decidua basal. Sin embargo, cuando se presentan alteraciones en la contractilidad del útero o existen adherencias anormales, el desprendimiento puede no completarse adecuadamente, lo

que favorece la permanencia de fragmentos placentarios (16).

Los factores que alteran este proceso incluyen:

- Atonía uterina
- Inserción placentaria anómala
- Placenta acreta parcial
- Trabajo de parto prolongado
- Infección decidual

CLASIFICACIÓN:

La retención placentaria puede clasificarse en (16):

- Placenta Adherente (adherencia anormal leve)
- Placenta atrapada (cérvix cerrado tras desprendimiento)
- Placenta acreta (invasión anormal del miometrio)

DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico es clínico y ecográfico. Clínicamente se sospecha ante:

- Hemorragia persistente en el puerperio inmediato
- Subinvolución uterina
- Dolor abdominal
- Fiebre puerperal

La ecografía transvaginal permite identificar la presencia de contenido ecogénico dentro de la cavidad uterina, hallazgo que puede ser sugestivo de restos placentarios (17).

IMPORTANCIA EPIDEMIOLÓGICA:

A nivel mundial, la prevalencia se sitúa entre 0,5 % y 4 % de los partos vaginales (18). En contextos de países en desarrollo, esta proporción puede aumentar como consecuencia de limitaciones en la aplicación adecuada del manejo activo del tercer

período del parto (15).

#### SÍNTOMAS DE LA RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS EN PUÉRPERAS:

La retención de restos placentarios (RRP) es una complicación que se presenta durante el tercer periodo del parto y puede extenderse al puerperio inmediato o tardío, definida por la persistencia de tejido placentario en la cavidad uterina tras el alumbramiento (14).

Desde la perspectiva clínica, su sintomatología puede aparecer dentro de las primeras 24 horas posteriores al parto (puerperio inmediato) o manifestarse días e incluso semanas después (puerperio mediato), en función de la cantidad y el grado de vascularización del tejido retenido (15).

#### **Hemorragia vaginal persistente o anormal**

Síntoma Cardinal. - El sangrado vaginal anormal constituye la manifestación clínica más común y característica asociada a la retención de restos placentarios (16).

Puede presentarse como:

- Sangrado abundante inmediato tras el parto.
- Sangrado intermitente persistente.
- Reparición de hemorragia luego de una aparente normalización de los loquios

Cuando el tejido placentario retenido dificulta la correcta contracción del útero, se desencadena atonía uterina, considerada el principal mecanismo fisiopatológico responsable de la hemorragia posparto (17).

Características del Sangrado. - El sangrado puede ser:

- De moderada a gran cuantía.
- Con coágulos.
- De color rojo brillante si es reciente.

- Persistente más allá del patrón esperado de loquios.

La World Health Organization indica que la hemorragia posparto secundaria puede originarse por la persistencia de restos placentarios en la cavidad uterina y que esta condición representa una causa prevenible de morbilidad materna (17).

#### **Subinvolución Uterina:**

La subinvolución uterina constituye otra manifestación clínica habitual. Se presenta cuando el útero no reduce su tamaño conforme a lo previsto para el momento correspondiente del puerperio (18).

Manifestaciones Clínicas. –

- Altura uterina mayor a la correspondiente por días postparto
- Útero blando o mal contraído.
- Persistencia de loquios rojos más allá del tiempo fisiológico.

La permanencia de tejido placentario en la cavidad uterina altera el proceso normal de retracción del miometrio, impidiendo que este se realice de manera adecuada (14).

#### **Dolor Abdominal o Pélvico:**

La intensidad del dolor puede oscilar entre una leve molestia y un dolor tipo cólico de mayor severidad. Este síntoma se origina por:

- Contracciones uterinas ineficaces.
- Inflamación endometrial.
- Proceso infeccioso asociado (endometritis) (19).

El dolor suele acompañarse de sensibilidad uterina a la palpación.

#### **Fiebre Puerperal:**

Cuando los fragmentos placentarios retenidos se sobren infectan, pueden dar lugar al desarrollo de endometritis puerperal.

Las manifestaciones presentes pueden ser:

- Temperatura  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  después de las primeras 24 horas postparto.
- Escalofríos.
- Malestar general.
- Loquios fétidos

La infección derivada de la persistencia de tejido placentario en la cavidad uterina constituye una complicación reconocida y documentada en la literatura obstétrica (16).

#### **Loquios Anormales:**

En condiciones normales, los loquios evolucionan de:

- Rubra (rojo).
- Serosa (rosado-marrón).
- Alba (blanquecino).

En presencia de retención placentaria puede observarse:

- Persistencia prolongada de loquios rubros.
- Olor fétido.
- Aumento súbito del volumen.

Estos hallazgos orientan hacia patología intrauterina (18).

#### **Signos de Anemia Secundaria:**

En situaciones de sangrado continuo o prolongado, pueden presentarse manifestaciones clínicas compatibles con anemia aguda, tales como:

- Palidez.
- Taquicardia.
- Hipotensión.
- Mareos.

- Debilidad.

En casos de mayor severidad, el cuadro puede evolucionar hacia un estado de shock hipovolémico (17).

#### **Manifestaciones Tardías:**

Durante el puerperio mediano o tardío (hasta las 6 semanas posteriores al parto), la retención de restos placentarios puede presentarse clínicamente como:

- Sangrado irregular persistente.
- Amenorrea prolongada seguida de hemorragia.
- Endometritis crónica.
- Infertilidad secundaria (19).

En esta fase, la confirmación diagnóstica generalmente se realiza a través de la ecografía transvaginal.

#### **Correlación Clínica:**

La intensidad de los síntomas depende de:

- Cantidad de tejido retenido.
- Grado de vascularización.
- Presencia o no de infección.
- Estado hematológico materno

En consecuencia, algunas mujeres en puerperio pueden no mostrar síntomas en un inicio y desarrollar manifestaciones clínicas varios días después del parto (15).

#### **CONCLUSIÓN TEÓRICA:**

Las manifestaciones clínicas de la retención de restos placentarios abarcan un amplio espectro, que puede ir desde un sangrado leve y persistente hasta la evolución hacia un shock hipovolémico. Entre los signos más comunes y de mayor valor diagnóstico se encuentran la hemorragia vaginal anormal y la subinvolución uterina,

elementos clave para una detección oportuna.

La identificación precoz de estos hallazgos en instituciones como el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión resulta esencial para evitar la aparición de complicaciones graves durante el puerperio.

#### TRATAMIENTO DE LA RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS EN PUÉRPERAS:

La retención de restos placentarios (RRP) es una complicación obstétrica que exige un abordaje inmediato y adecuado, con el propósito de prevenir complicaciones como la hemorragia posparto, la infección puerperal, la anemia grave y el desarrollo de shock hipovolémico (14).

El tratamiento depende de:

- Estado hemodinámico de la paciente.
- Cantidad de sangrado.
- Presencia de infección.
- Confirmación ecográfica.
- Momento del puerperio (inmediato o tardío).

Según la World Health Organization, el abordaje debe priorizar la estabilización materna y el control del sangrado antes de cualquier intervención invasiva (17).

**Manejo Inicial y Estabilización Hemodinámica.** - Previo a instaurar el tratamiento definitivo, es necesario llevar a cabo:

##### *Evaluación Clínica Inmediata:*

- Control de signos vitales.
- Valoración del estado de conciencia.
- Cuantificación del sangrado.
- Evaluación del tono uterino

*Medidas de Estabilización:*

- Canalización de dos vías venosas periféricas.
- Administración de cristaloides (solución salina o Ringer lactato).
- Solicitud de hemograma y pruebas de coagulación.
- Reserva de hemoderivados si es necesario

Ante la presencia de hemorragia severa, se debe proceder a la activación inmediata del protocolo de hemorragia obstétrica (17).

**Tratamiento Farmacológico.** - El abordaje médico se indica fundamentalmente en cuadros leves o en situaciones en las que no se evidencia un sangrado activo de gran magnitud.

**Uterotónicos:** Se emplean con el objetivo de estimular la contractilidad uterina y facilitar la expulsión del tejido placentario retenido.

Fármacos Utilizados:

- Oxitocina intravenosa.
- Metilergonovina (si no hay hipertensión).
- Misoprostol vía oral o rectal.

La World Health Organization recomienda la oxitocina como el fármaco de primera elección para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto (17).

Antibióticos:

Ante la sospecha de infección o presencia de fiebre puerperal, se debe iniciar tratamiento con antibióticos de amplio espectro como medida de cobertura empírica inicial:

- Clindamicina + gentamicina.
- Ampicilina + gentamicina

El tratamiento antibiótico debe instaurarse de manera previa al procedimiento

quirúrgico cuando se evidencien signos clínicos de infección (6).

### **Tratamiento quirúrgico**

Cuando el abordaje médico no logra resultados satisfactorios o persiste la hemorragia, el tratamiento definitivo debe ser de carácter quirúrgico.

#### Revisión Uterina Manual:

Se indica en el puerperio inmediato cuando la placenta no ha sido expulsada en su totalidad dentro de los primeros 30 minutos posteriores al parto (14).

#### Procedimiento:

- Analgesia o anestesia adecuada.
- Introducción manual en cavidad uterina.
- Separación cuidadosa del tejido adherido.
- Extracción manual.

#### Complicaciones Potenciales:

- Perforación uterina.
- Hemorragia.
- Infección.

#### Legrado Uterino (Curetaje):

Constituye el procedimiento de elección en los casos de retención de restos placentarios confirmada mediante ecografía durante el puerperio mediano o tardío (15).

#### Procedimiento:

- Dilatación cervical.
- Aspiración manual endouterina (AMEU) o legrado instrumental.
- Control ecográfico posterior.

La aspiración manual endouterina se prefiere debido a que resulta menos invasiva y se asocia con un menor riesgo de desarrollar sinequias uterinas (6).

Histeroscopia:

En establecimientos de mayor nivel de complejidad, la histeroscopia posibilita la visualización directa de la cavidad uterina y la extracción dirigida del tejido retenido, lo que contribuye a reducir el daño endometrial (15).

### **Manejo en caso de placenta acreta parcial**

Cuando se sospecha una adherencia placentaria anormal profunda, como en el caso de placenta acreta, la extracción manual puede desencadenar una hemorragia de gran magnitud (14).

En estos casos se puede requerir:

- Manejo conservador con metotrexato (controvertido).
- Embolización de arterias uterinas.
- Histerectomía en casos severos.

### **Seguimiento Posterior**

Después del tratamiento se recomienda:

- Control clínico de sangrado.
- Monitorización de signos vitales.
- Evaluación ecográfica de cavidad uterina.
- Control de hemoglobina

En situaciones complejas, se recomienda mantener el seguimiento clínico hasta las 6 semanas posteriores al parto (15).

**Complicaciones Asociadas al Tratamiento.** - Si no se trata oportunamente, la RRP puede ocasionar:

- Hemorragia posparto severa.
- Endometritis.
- Shock hipovolémico.

- Síndrome de Asherman (secundario a legrado agresivo).
- Infertilidad secundaria (6).

#### CONCLUSIÓN TEÓRICA:

El manejo de la retención de restos placentarios debe realizarse de manera oportuna, progresiva y acorde con la condición clínica de la puérpera. En primer lugar, es imprescindible asegurar la estabilización hemodinámica; posteriormente, se procede al tratamiento farmacológico y, si la situación lo amerita, a la intervención quirúrgica.

La implementación correcta de estos protocolos en establecimientos de referencia, como el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, resulta esencial para disminuir la morbilidad materna.

*Características Clínicas y Obstétricas de Puérperas, Respecto a la Retención de Restos Placentarios:*

#### ENFOQUE CONCEPTUAL:

La retención de restos placentarios (RRP) se reconoce como una complicación de origen multifactorial, cuya aparición resulta de la interacción entre condiciones maternas previas y factores inherentes al proceso obstétrico. Desde la perspectiva del modelo epidemiológico de causalidad, las características clínicas y obstétricas funcionan como elementos predisponentes capaces de influir en la frecuencia o prevalencia de esta patología (14).

Múltiples investigaciones han evidenciado que el reconocimiento oportuno de estos factores posibilita prever complicaciones durante el tercer periodo del parto y contribuir a la disminución de la morbimortalidad materna (17).

#### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS PUÉRPERAS:

##### **Edad materna**

La edad materna avanzada ( $\geq 35$  años) se vincula con un incremento en el riesgo

de presentar alteraciones en la contractilidad del miometrio y anomalías en la inserción de la placenta (14). Diversas investigaciones han señalado que la probabilidad de retención placentaria se incrementa de manera progresiva conforme aumenta la edad materna (6).

### **Anemia gestacional**

La anemia reduce la capacidad contráctil del útero como consecuencia de la hipoxia tisular, lo que favorece la aparición de atonía uterina, principal mecanismo fisiopatológico relacionado con la retención placentaria (17).

En zonas altoandinas como Pasco, esta condición constituye un factor clínico de importancia que podría incidir en la prevalencia hospitalaria de dicha complicación.

### **Infecciones durante la gestación**

Las infecciones del tracto genitourinario pueden ocasionar inflamación de la decidua y alterar el plano fisiológico de separación placentaria. Asimismo, la corioamnionitis se ha relacionado con un mayor riesgo de retención placentaria y de hemorragia posparto (16).

### **Comorbilidades maternas**

Los trastornos hipertensivos del embarazo y la diabetes gestacional ocasionan cambios vasculares que pueden afectar tanto la correcta implantación como el desprendimiento fisiológico de la placenta (14).

### **CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS:**

#### **Paridad**

La multiparidad se relaciona con una reducción del tono uterino y un incremento en el riesgo de atonía posparto (14). Diversos estudios han señalado una mayor frecuencia de retención placentaria en mujeres con cuatro o más partos previos (6).

#### **Tipo de parto**

El tipo de parto influye directamente en el riesgo de RRP:

- Parto eutócico: menor riesgo.
- Parto instrumentado: riesgo aumentado.
- Cesárea: riesgo asociado a extracción incompleta (16)

#### **Duración del trabajo de parto**

El trabajo de parto prolongado provoca agotamiento del músculo uterino, lo que puede dificultar el desprendimiento íntegro de la placenta (14).

#### **Manejo del tercer período del parto**

El manejo activo del tercer período del parto, promovido por la World Health Organization, comprende la administración profiláctica de uterotónicos, la tracción controlada del cordón umbilical y el masaje uterino (17).

Su implementación adecuada contribuye de manera significativa a disminuir la incidencia de hemorragia posparto y de retención placentaria.

#### **RELACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS:**

Desde la perspectiva del modelo epidemiológico explicativo, las características clínicas y obstétricas funcionan como factores predisponentes que influyen en la probabilidad de que se presente la retención de restos placentarios.

La interacción entre:

- Factores biológicos (edad, anemia, comorbilidades)
- Factores obstétricos (paridad, tipo de parto, duración del trabajo de parto)

Permite establecer la prevalencia registrada en un establecimiento hospitalario determinado, como el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión – Pasco.

### **2.3. Definición de términos básicos**

**Retención de Restos Placentarios.** - Se define como la persistencia parcial o completa de tejido placentario en la cavidad uterina después del alumbramiento, ya sea

posterior a un parto vaginal o a una cesárea. Esta situación se produce cuando el proceso fisiológico de separación placentaria no se realiza de manera íntegra, lo que puede dar lugar a complicaciones como hemorragia posparto, infección puerperal y subinvolución uterina.

**Características Clínicas.** - Las características clínicas comprenden el conjunto de condiciones biológicas, fisiológicas y patológicas inherentes a la mujer durante la gestación o el puerperio, las cuales pueden repercutir en su estado de salud y favorecer la aparición de complicaciones obstétricas. Estas abarcan factores como la edad materna, la presencia de anemia, infecciones durante el embarazo y la existencia de comorbilidades previas o desarrolladas en el transcurso de la gestación.

**Características Obstétricas.** - Las características obstétricas abarcan el conjunto de antecedentes reproductivos y las condiciones vinculadas al proceso de embarazo, al trabajo de parto y al parto propiamente dicho. Estas contemplan aspectos como la paridad, la modalidad del parto, el tiempo de duración del trabajo de parto, la conducción del tercer período y los antecedentes obstétricos previos.

**Anemia Durante el Embarazo.** - La anemia durante el embarazo se define como la reducción de la concentración de hemoglobina en la sangre por debajo de los valores normales específicos para la gestación. Se considera presente cuando los niveles de hemoglobina son inferiores a 11 g/dL en cualquiera de los trimestres del embarazo. Esta alteración puede comprometer la contractilidad del útero y elevar el riesgo de complicaciones en el posparto.

**Infección Gestacional.** - La infección durante la gestación se refiere a la aparición de procesos infecciosos en el embarazo, como las infecciones urinarias, la vaginosis bacteriana o la corioamnionitis. Estas condiciones pueden modificar el entorno uterino y el tejido decidual, dificultando la separación normal de la placenta.

**Edad Materna.** - La edad de la madre corresponde a los años cumplidos al momento del parto y se reconoce como un factor biológico significativo, particularmente en los extremos de la vida reproductiva ( $<20$  años o  $\geq 35$  años), dado su vínculo con un mayor riesgo de complicaciones obstétricas.

**Paridad.** - La paridad se refiere a la cantidad de partos que ha experimentado una mujer, sin considerar el resultado del recién nacido. Se clasifica generalmente en primípara (un parto), multípara (2–4 partos) y gran multípara ( $\geq 5$  partos). Esta característica se vincula con modificaciones funcionales del miometrio que pueden afectar la contractilidad del útero.

**Duración del Trabajo de Parto.** - La duración del trabajo de parto se define como el intervalo que va desde el inicio de las contracciones uterinas regulares acompañadas de cambios cervicales hasta la expulsión del feto y la placenta. Se considera prolongado cuando supera los tiempos establecidos según la paridad y las condiciones clínicas de la gestante.

**Comorbilidades Maternas.** - Las comorbilidades maternas comprenden las enfermedades o afecciones médicas que la mujer presenta antes o durante el embarazo, como hipertensión arterial, diabetes gestacional o trastornos de la tiroides, las cuales pueden afectar tanto el curso del embarazo como los resultados del parto.

**Control Prenatal.** - El control prenatal consiste en una serie de evaluaciones médicas periódicas a lo largo del embarazo, orientadas a monitorear la salud de la madre y del feto, identificar factores de riesgo y prevenir posibles complicaciones. Este proceso abarca consultas programadas, análisis de laboratorio, ecografías y orientación en educación para la salud.

**Atención del Parto.** - La atención del parto comprende el conjunto de intervenciones clínicas ejecutadas por el personal de salud durante el trabajo de parto,

el parto y el alumbramiento, con el objetivo de asegurar la seguridad de la madre y del recién nacido. Esto incluye el monitoreo del trabajo de parto, la gestión activa del tercer período y la prevención de hemorragia posparto.

## **2.4. Formulación de hipótesis**

### **2.4.1. Hipótesis general**

Las principales características clínicas y obstétricas están asociados significativamente a la prevalencia de retención de restos placentarios, en puérperas atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, provincia de Pasco, de junio a diciembre del 2024.

### **2.4.2. Hipótesis específicas**

- a. La edad materna, tiene relación significativa con la frecuencia de puérperas que presentan la retención de restos placentarios (RRP).
- b. La presencia de anemia durante el embarazo, se asocian significativamente a la frecuencia de puérperas con RRP.
- c. La presencia de infecciones durante el embarazo, muestra relación significativa con la frecuencia de puérperas que presentan RRP.
- d. La presencia de comorbilidades maternas, se relaciona con la frecuencia de puérperas que presentan RRP.
- e. La paridad tiene asociación significativa a la frecuencia de puérperas que presentan RRP.
- f. La duración del trabajo de parto, se asocian significativamente con la prevalencia de RRP.
- g. El control prenatal y atención del parto, se asocian significativamente a la prevalencia de RRP.

## **2.5. Identificación de variables**

### **Variable Independiente**

Vienen a ser las características más relevantes tanto clínicas como obstétricas, que generalmente se encuentran asociadas a la frecuencia de puérperas con retención de restos placentarios (RRP), en usuarias atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, provincia de Pasco, en el periodo de junio a diciembre del 2024. Las principales características clínicas y obstétricas son los siguientes:

- La edad materna.
- La presencia de anemia durante el embarazo.
- La presencia de infección durante el embarazo.
- La presencia de comorbilidades maternas.
- La duración del trabajo de parto.
- El control prenatal y atención del parto.

### **Variable Dependiente**

Viene a ser la característica que se encuentra relacionado con las características clínicas y obstétricas de las puérperas; en nuestro estudio corresponde a la característica de la prevalencia de retención de restos placentarios, también viene a ser la variable efecto o variable respuesta.

## **2.6. Definición operacional de variables e indicadores**

<b>Variables</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala / Medición</b>
(VARIABLE INDEPENDIENTE)	• EDAD MATERNA	• < 20 Años • 20 a 34 Años • > 34 Años	Ordinal
	• ANEMIA DURANTE EL EMBARAZO	• No Anemia • Anemia Leve	Ordinal

<p>FACTORES CLÍNICOS Y OBSTÉTRICOS DE LAS PUÉRPERAS, ASOCIADOS A LA RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• INFECCIONES DURANTE EL EMBARAZO</li> <li>• PRESENCIA DE COMORBILIDAD MATERNA</li> <li>• PARIDAD</li> <li>• DURACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO</li> <li>• CONTROL PRENATAL Y ATENCIÓN DEL PARTO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anemia Moderada</li> <li>• Anemia Severa</li> <li>• Con Infección</li> <li>• Sin Infección</li> <li>• Presente</li> <li>• Ausente</li> <li>• Primípara</li> <li>• Multípara</li> <li>• Gran Multípara</li> <li>• Normal (<math>\leq 12</math> h)</li> <li>• Prolongado (<math>&gt;12</math>h)</li> <li>• Adecuado</li> <li>• Regular</li> <li>• Inadecuado</li> </ul>	<p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Ordinal</p> <p>Nominal</p> <p>Ordinal</p>
<p>(VARIABLE DEPENDIENTE)</p> <p>PREVALENCIA DE RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS EN PUÉRPERAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DIAGNÓSTICO DE HEMORRAGIA POSPARTO EN GESTANTES</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si Presenta</li> <li>• No Presenta</li> </ul>	<p>Nominal</p>

## CAPÍTULO III

### METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

#### 3.1. Tipo de investigación

La presente investigación se enmarca dentro del **enfoque cuantitativo**, debido a que busca medir la prevalencia de retención de restos placentarios y analizar su relación con determinadas características clínicas y obstétricas de las puérperas mediante el uso de datos numéricos y procedimientos estadísticos. Este enfoque permitirá cuantificar la frecuencia del evento y establecer asociaciones objetivas entre variables previamente definidas y operacionalizadas.

Según su finalidad, el estudio es de **tipo aplicado**, ya que los resultados obtenidos estarán orientados a generar evidencia útil para la toma de decisiones en el ámbito asistencial del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, contribuyendo al fortalecimiento de estrategias de prevención, detección oportuna y manejo de la retención de restos placentarios en el puerperio.

#### 3.2. Nivel de investigación

**Descriptiva.** - Porque tiene como propósito determinar la prevalencia de

retención de restos placentarios en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión durante el periodo junio a diciembre de 2024. Asimismo, permitirá describir las características clínicas (edad materna, nivel de hemoglobina, antecedentes patológicos, entre otras) y obstétricas (paridad, tipo de parto, edad gestacional, antecedentes de cesárea, duración del alumbramiento, etc.) de las puérperas atendidas en dicho establecimiento de salud. Este nivel posibilita especificar propiedades, perfiles y distribución de variables en una población determinada.

**Correlacional.** - Porque además de describir la frecuencia del evento, busca establecer la existencia de una posible relación estadísticamente significativa entre la retención de restos placentarios y determinadas características clínicas y obstétricas. En este nivel no se pretende demostrar causalidad, sino identificar el grado de asociación entre variables, lo que permitirá reconocer factores que podrían estar vinculados con la aparición de la complicación.

En consecuencia, el nivel descriptivo–correlacional resulta pertinente para el presente estudio, ya que posibilita cuantificar la magnitud del problema en el contexto institucional y analizar la relación entre variables maternas relevantes, contribuyendo a la generación de evidencia científica local para la mejora de la atención obstétrica.

### **3.3. Métodos de investigación**

**Método Científico.** - El cual comprende un proceso sistemático, ordenado y objetivo para la obtención de conocimientos válidos y verificables. Este método permitirá formular el problema de investigación, establecer objetivos, plantear hipótesis, recolectar información, analizar los datos estadísticamente e interpretar los resultados en relación con la prevalencia de retención de restos placentarios y las características clínicas y obstétricas de las puérperas.

**Método Deductivo.** - Al partir de conocimientos generales sobre la retención

de restos placentarios, su fisiopatología y factores asociados, para analizar su comportamiento en una población específica de puérperas atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión. Este método permitirá contrastar la teoría existente con la realidad observada en el contexto hospitalario.

**Método Analítico.** - Permitirá descomponer el fenómeno de estudio en sus componentes fundamentales, examinando por separado la variable dependiente (retención de restos placentarios) y las variables independientes (características clínicas y obstétricas). Posteriormente, se evaluará la relación entre ellas mediante procedimientos estadísticos.

**Método Estadístico.** - Procesamiento y análisis de los datos recolectados. Se utilizarán técnicas de estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central) para determinar la prevalencia, y estadística inferencial (pruebas de asociación como Chi-cuadrado u otras pertinentes) para establecer la relación entre variables. Este método garantizará objetividad y rigor en la interpretación de los resultados.

### **3.4. Diseño de investigación**

**No Experimental.** - Porque no se manipularán deliberadamente las variables independientes ni se aplicará intervención alguna sobre la población de estudio. La variable dependiente (retención de restos placentarios) y las variables independientes (características clínicas y obstétricas de las puérperas) serán observadas tal como se presentan en los registros clínicos del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión. El investigador se limitará a recolectar, sistematizar y analizar la información existente, sin alterar el curso natural de los acontecimientos.

**Descriptivo.** - Porque permitirá determinar la prevalencia de retención de restos placentarios durante el periodo junio a diciembre de 2024, así como describir las

características clínicas y obstétricas de las puérperas atendidas en dicho establecimiento de salud.

**Correlacional.** - Porque busca establecer la posible relación estadísticamente significativa entre la retención de restos placentarios y determinadas características clínicas (edad materna, nivel de hemoglobina, antecedentes patológicos, entre otros) y obstétricas (paridad, tipo de parto, edad gestacional, antecedentes de cesárea, duración del alumbramiento, entre otros). Este nivel permitirá identificar asociaciones entre variables, aunque sin establecer causalidad.

**Corte Transversal.** - Ya que la información será recolectada en un único momento temporal, correspondiente al análisis retrospectivo de los casos registrados entre junio y diciembre de 2024. No se realizará seguimiento longitudinal de las puérperas, sino que se evaluarán simultáneamente la presencia o ausencia de retención de restos placentarios y las características clínicas y obstétricas consignadas en los registros.

### **3.5. Población y muestra**

#### **Población objetivo**

La población de estudio estará constituida por todas las puérperas atendidas por parto vaginal o cesárea en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión de Pasco, durante el periodo comprendido entre junio y diciembre del año 2024.

La población accesible estará conformada por el total de puérperas cuyos datos se encuentren debidamente registrados en las historias clínicas, libros de sala de partos y registros obstétricos institucionales, permitiendo la identificación de la presencia o ausencia de retención de restos placentarios y de las características clínicas y obstétricas de interés.

#### **Muestra**

La muestra estará conformada por las puérperas que cumplan con los criterios establecidos para el estudio.

Debido a que la investigación se desarrollará en un periodo específico (junio–diciembre 2024) y en un único establecimiento de salud, se considerará trabajar con censo poblacional, incluyendo la totalidad de puérperas que cumplan con los criterios de selección. Esto permitirá obtener mayor precisión en la estimación de la prevalencia y fortalecer el análisis de asociación entre variables.

La muestra de trabajo está conformada por 168 puérperas, que fueron atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, provincia de Pasco; de los cuales 84 puérperas presentan retención de restos placentarios (RRP); con la finalidad de identificar asociaciones con las características clínicas y obstétricas, se ha seleccionado otras 84 puérperas, pero sin la presencia de RRP, haciendo un total de 168 puérperas como la muestra de trabajo. La técnica de muestreo empleada fue de tipo no probabilístico por conveniencia, considerando que la cantidad de gestantes con retención de restos placentarios (RRP) era reducida. Se seleccionó este método debido a que el total de gestantes atendidas en el Centro Hospitalario durante el periodo de estudio resultó accesible y controlable, lo que hizo posible evaluar prácticamente casi todos los casos disponibles, favoreciendo así una adecuada representatividad y mayor exactitud en los resultados alcanzados. Los criterios considerados son los siguientes:

#### CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Puérperas atendidas por parto vaginal o cesárea en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión durante el periodo junio–diciembre 2024.
- Puérperas con diagnóstico claramente consignado sobre la presencia o ausencia de RRP.
- Historias clínicas y registros obstétricos completos que contengan información

sobre las características clínicas y obstétricas.

- Puérperas que hayan culminado el periodo inmediato de observación intrahospitalaria.

#### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Historias clínicas incompletas, ilegibles o con ausencia de datos relevantes para el análisis.
- Puérperas referidas a otro establecimiento sin registro completo del proceso de alumbramiento.
- Casos en los que no se pueda confirmar el diagnóstico de retención o no retención de restos placentarios.
- Registros duplicados o inconsistentes.

### 3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

#### Técnicas de recolección de datos

**Encuesta.** - Se utilizará la *encuesta* para obtener información directa de las puérperas sobre antecedentes clínicos y obstétricos que complementen los registros médicos. La aplicación será individual, con preguntas cerradas y estructuradas, garantizando confidencialidad.

Permitirá recoger datos como: Edad materna, número de gestaciones y partos, antecedente de cesárea, número de controles prenatales y antecedentes de anemia u otras patologías.

**Revisión Documental (Historia Clínica).** - La técnica principal será la *revisión documental*, mediante el análisis de historias clínicas y registros obstétricos del periodo junio–diciembre 2024.

Se obtendrá información sobre: Diagnóstico de retención de restos placentarios (Sí/No), tipo de parto, edad gestacional, paridad, nivel de hemoglobina, duración del

alumbramiento y manejo realizado.

### **Instrumentos de recolección de datos**

#### **Cuestionario:**

Instrumento estructurado con preguntas cerradas, organizado en tres secciones:

- Datos generales.
- Antecedentes clínicos.
- Antecedentes obstétricos.

Permitirá complementar la información necesaria para el análisis correlacional.

#### **Ficha Documental (Historia Clínica):**

Ficha estructurada diseñada para registrar de forma codificada la información obtenida de las historias clínicas. Incluye:

- Identificación codificada del caso.
- Presencia o ausencia de retención de restos placentarios.
- Características clínicas.
- Características obstétricas.

Estas técnicas e instrumentos permitirán recolectar información objetiva y sistemática, coherente con el diseño no experimental, descriptivo–correlacional y de corte transversal del estudio.

### **3.7. Selección, validación y confiabilidad de los instrumentos de investigación**

**Selección de Instrumentos.** - Los instrumentos fueron seleccionados en coherencia con el enfoque cuantitativo y el diseño no experimental, descriptivo–correlacional y de corte transversal del estudio. Se emplearon dos instrumentos:

- Cuestionario estructurado, para recoger información complementaria sobre características clínicas y antecedentes obstétricos de las puérperas.
- Ficha de recolección de datos documental, para sistematizar la información

obtenida de las historias clínicas y registros obstétricos, constituyendo el instrumento principal para identificar la prevalencia de retención de restos placentarios.

La selección se realizó considerando la naturaleza de las variables (clínicas y obstétricas), la accesibilidad de la información y la necesidad de obtener datos objetivos y medibles.

**Validación de los Instrumentos.** - La validez de los instrumentos se establecerá mediante *juicio de expertos*, quienes evaluarán la pertinencia, claridad, coherencia y relevancia de los ítems en relación con los objetivos del estudio.

Los expertos estarán conformados por profesionales con experiencia en: Ginecología y Obstetricia, salud materna y metodología de la Investigación. Se aplicará una ficha de validación donde se valorarán los criterios de: Claridad, coherencia, pertinencia y relevancia. Las observaciones realizadas serán incorporadas antes de la aplicación definitiva de los instrumentos.

**Confiabilidad de los instrumentos.** - La confiabilidad del *cuestionario* se determinará mediante una prueba piloto aplicada a un grupo reducido de púerperas con características similares a la población de estudio. Se aplicó la técnica de Kuder-Richardson (KR-20), lo que permite evaluar la confiabilidad del instrumento con respuestas dicotómicas. Se realizó una prueba piloto con una muestra de 10 elementos, calculándose el coeficiente de Kuder-Richardson ( $KR = 0,872$ ); de acuerdo con los rangos establecidos por esta técnica, el instrumento indica un nivel de confiabilidad aceptable.

En el caso de la Ficha Documental, la confiabilidad estará dada por la estandarización de los criterios de registro y la utilización de datos clínicos objetivos consignados en las historias clínicas, lo que minimiza la subjetividad del investigador.

Asimismo, se podrá realizar una revisión cruzada aleatoria de fichas para verificar consistencia en el registro de datos.

En conjunto, estos procedimientos garantizarán que los instrumentos utilizados en la investigación sean válidos, confiables y adecuados para medir la prevalencia de retención de restos placentarios y su relación con las características clínicas y obstétricas de las puérperas del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión.

### **3.8. Técnicas de procesamiento y análisis de datos**

**Procesamiento de Datos.** - Una vez recolectada la información mediante el cuestionario y la ficha documental (historias clínicas), se procederá al procesamiento de datos siguiendo las siguientes etapas:

**Codificación.** – Las variables serán codificadas numéricamente para facilitar su ingreso en una base de datos.

**Tabulación.** - Los datos serán organizados en una matriz digital utilizando un programa estadístico (SPSS o Excel), estructurando las variables dependientes e independientes según la operacionalización establecida.

**Depuración.** - Se realizará la verificación de consistencia de la base de datos para identificar errores de digitación, datos incompletos o inconsistencias, garantizando la calidad de la información antes del análisis estadístico.

**Análisis de datos.** - El análisis se desarrollará en dos niveles:

**Análisis descriptivo:** Permitirá determinar la *prevalencia de retención de restos placentarios* y describir las características clínicas y obstétricas de las puérperas. Se utilizarán: Frecuencias absolutas y relativas (porcentajes), Tablas de distribución, Medidas de tendencia central (media) y dispersión (desviación estándar), cuando corresponda.

**Análisis inferencial:** Para evaluar la relación entre la retención de restos

placentarios y las características clínicas y obstétricas, se emplearán pruebas estadísticas de asociación, tales como, *Chi-cuadrado* ( $\chi^2$ ) por las variables categóricas. Se considerará un nivel de significancia de  $p < 0.05$ , con un 95% de confianza. Estas técnicas permitirán obtener resultados objetivos y estadísticamente sustentados sobre la prevalencia de retención de restos placentarios y su relación con las características clínicas y obstétricas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión durante el periodo junio–diciembre 2024.

### **3.9. Tratamiento estadístico**

El tratamiento estadístico se realizará una vez culminada la etapa de recolección y depuración de datos. La información obtenida mediante encuesta y revisión de historias clínicas será codificada y registrada en una base de datos diseñada en el programa Microsoft Excel, para posteriormente ser exportada al software estadístico, garantizando un adecuado control de calidad y verificación de consistencia.

En el análisis descriptivo se calculará la prevalencia de retención de restos placentarios en la población estudiada, expresada en frecuencias absolutas y porcentajes. Asimismo, las variables clínicas y obstétricas, tales como edad materna, paridad, número de controles prenatales, tipo de parto, edad gestacional y antecedentes obstétricos, serán presentadas mediante tablas de distribución de frecuencias simples y porcentuales.

Para el análisis bivariado, se evaluará la relación entre la retención de restos placentarios (variable dependiente) y las características clínicas y obstétricas (variables independientes). Dado que se trata de variables categóricas, se empleará la prueba estadística Chi cuadrado ( $\chi^2$ ) de independencia. Con las frecuencias esperadas menores a cinco, se garantizan la validez de los resultados.

El nivel de significancia estadística será establecido en  $\alpha = 0,05$ , considerándose

asociación estadísticamente significativa cuando el valor de  $p$  sea menor a 0,05. Los resultados serán presentados en tablas y gráficos estadísticos que faciliten la interpretación de la prevalencia de retención de restos placentarios y su relación con las características clínicas y obstétricas de las puérperas atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión durante el periodo de estudio. La interpretación de los hallazgos se realizará en coherencia con los objetivos planteados y el marco teórico que sustenta la investigación.

### **3.10. Orientación ética filosófica y epistémica**

**Orientación Ética.** - La investigación se desarrollará respetando los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Se solicitará el consentimiento informado a las puérperas que participen en la encuesta, explicando los objetivos del estudio, su carácter voluntario y la posibilidad de retirarse en cualquier momento sin que ello afecte su atención en el establecimiento de salud.

Asimismo, en la revisión de historias clínicas se garantizará la confidencialidad de la información mediante la codificación de los datos, evitando el registro de nombres u otros elementos que permitan identificar a las participantes. Los datos recolectados serán utilizados exclusivamente con fines académicos y científicos, y el proyecto será sometido a evaluación y aprobación por el comité de ética correspondiente, cumpliendo las normativas institucionales y nacionales vigentes en investigación en salud.

**Orientación Filosófica.** - La investigación se sustenta en el paradigma positivista, el cual concibe la realidad como objetiva, observable y susceptible de medición. Desde esta perspectiva, la retención de restos placentarios y las características clínicas y obstétricas de las puérperas son fenómenos que pueden ser descritos y analizados mediante datos cuantificables obtenidos en el contexto hospitalario. Este enfoque filosófico permite estudiar el fenómeno tal como ocurre en

el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, sin manipulación de variables, buscando describir la prevalencia y establecer relaciones entre factores clínicos y obstétricos con base en evidencia empírica verificable.

**Orientación Epistémica.** - Epistemológicamente, el estudio se enmarca en el enfoque cuantitativo, orientado a la medición sistemática y al análisis estadístico de los datos. El conocimiento se genera a partir de la recolección objetiva de información mediante instrumentos estructurados y revisión documental, permitiendo determinar la prevalencia de retención de restos placentarios y su relación con características clínicas y obstétricas.

La producción de conocimiento en esta investigación se basa en la comprobación empírica y el análisis estadístico, asegurando validez y confiabilidad en los resultados. De esta manera, se contribuye a generar evidencia científica útil para la toma de decisiones en el ámbito materno perinatal del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Pasco.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

#### **4.1. Descripción del trabajo de campo**

El trabajo de campo de la investigación titulada “Prevalencia de retención de restos placentarios, en relación a las características clínicas y obstétricas de puérperas, Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Pasco, junio a diciembre, 2024” se desarrollará en el servicio de Gineco-Obstetricia del mencionado hospital, durante el periodo establecido en el estudio. Previamente, se gestionará la autorización formal de la dirección del establecimiento y de la jefatura del servicio correspondiente, así como la aprobación del comité de ética institucional.

En una primera fase, se realizará la coordinación con el personal de salud para identificar a las puérperas que cumplan con los criterios de inclusión. Se explicará a cada participante los objetivos del estudio y se solicitará el consentimiento informado para la aplicación de la encuesta. La recolección de datos mediante el cuestionario se llevará a cabo en un ambiente adecuado, garantizando privacidad y confidencialidad, procurando no interferir con la atención médica ni con el estado clínico de la paciente.

Paralelamente, se efectuará la revisión documental de las historias clínicas de

las puérperas seleccionadas, con el fin de obtener información relacionada con las características clínicas y obstétricas, así como el diagnóstico de retención de restos placentarios. Esta actividad se realizará dentro de las instalaciones del hospital, respetando las normas institucionales para el manejo de documentos clínicos y asegurando la correcta codificación de los datos.

Durante todo el proceso, se verificará la calidad y completitud de la información recolectada, revisando diariamente los instrumentos aplicados para evitar omisiones o errores. Una vez concluida la recolección de datos, se procederá al registro, codificación y almacenamiento seguro de la información, dando por finalizada la fase de trabajo de campo.

#### **4.2. Presentación, análisis e interpretación de resultados**

En la tabla 1, presenta a puérperas, atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, de la provincia y departamento de Pasco, en el periodo de junio a diciembre del 2024; en el cuadro presenta a dos variables de estudio, edad materna y la prevalencia de retención de restos placentarios (RRP); en cuanto a la edad se observa que el 20% son menores de 20 años, el 49% tienen de 20 a 34 años y el 31% son mayores de 34 años; en cuanto a la variable de la retención de restos placentarios (RRP), el cuadro muestra a dos grupos de estudio, el primer grupo se seleccionó 84 usuarias con presencia de RRP y con fines de estudio se seleccionó un segundo grupo de 84 usuarias sin la presencia de retención.

**Tabla 1.** Puérperas atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Pasco, según la edad materna y por la prevalencia de retención de restos placentarios, durante junio a diciembre del 2024.

<b>Edad Materna</b>	<b>Prevalencia de Retención de Restos Placentarios</b>				<b>Total</b>	
	<b>Placentarios</b>					
	<b>Si Presenta</b>		<b>No Presenta</b>			
	<b>f<sub>i</sub></b>	<b>%</b>	<b>f<sub>i</sub></b>	<b>%</b>	<b>f<sub>i</sub></b>	<b>%</b>
<b>&lt; 20 Años</b>	25	30	8	10	33	20
<b>20 a 34 Años</b>	19	23	63	75	82	49
<b>&gt; 34 Años</b>	40	47	13	15	53	31
<b>Total</b>	84	100	84	100	168	100

En el grupo de usuarias con presencia de RRP, el 30% son menores de 20 años, el 23% tienen de 20 a 34 años y el 47% son mayores de 34 años; a su vez en el grupo de usuarias sin la presencia de RRP, el 10% son menores de 20 años, el 75% tienen de 20 a 34 años y el 15% son mayores de 34 años.

En resumen, podemos mencionar que, en puérperas menores de 20 años, el 30% tuvo RRP mientras que el 10% no presenta; en puérperas de 20 a 34 años, el 23% muestra RRP y el 75% no; y, en puérperas mayores de 34 años, el 47% muestra RRP y el 15% no presenta. Esto se asocia a cambios en la contractilidad uterina y mayor frecuencia de patologías placentarias, las puérperas  $\geq 35$  años presentan mayor prevalencia de RRP y en adolescentes, la prevalencia suele ser menor, salvo cuando coexisten anemia o control prenatal inadecuado. En la gráfica 1, corroboramos las

frecuencias, en menores de 20 años y en mayores de 34 años, con mayor frecuencia se presentan la RRP, mientras que, en puérperas de 20 a 34 años, en su mayoría no presentan la RRP.

**Gráfico 1.** Puérperas atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, según edad materna y por la prevalencia de retención de restos placentarios.



Según la tabla 2, presenta a puérperas, atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, de la provincia y departamento de Pasco, en el periodo de junio a diciembre del 2024; en este caso muestra a las variables, la presencia de anemia durante el embarazo y la prevalencia de retención de restos placentarios (RRP); en el cuadro se observa que el 55% presentan un diagnóstico negativo de anemia durante el embarazo y el 45% su diagnóstico es positivo, de los cuales, el 14% muestra anemia leve, el 18% anemia moderada y el 13% anemia severa; respecto a la variable de RRP, el cuadro muestra a dos grupos de estudio, un grupo de 84 usuarias con presencia de RRP y otro grupo de 84 usuarias sin la presencia de retención.

En el grupo de usuarias con presencia de RRP, el 42% tienen diagnóstico negativo de anemia durante el embarazo y el 58% diagnóstico positivo, de los cuales,

el 15% muestran anemia leve, el 25% anemia moderada y el 18% anemia severa; asimismo en usuarias sin la presencia de RRP, el 68% no presenta anemia y el 32% si presentan, de ellos, el 13% tienen anemia leve, el 12% anemia moderada y el 7% anemia severa.

**Tabla 2.** *Puérperas atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, según la anemia gestacional y por la prevalencia de retención de restos placentarios.*

<b>Anemia</b>	<b>Placentarios</b>				<b>Total</b>	
	<b>Si Presenta</b>		<b>No Presenta</b>			
	<b>f<sub>i</sub></b>	<b>%</b>	<b>f<sub>i</sub></b>	<b>%</b>	<b>f<sub>i</sub></b>	<b>%</b>
<b>No Anemia</b>	35	42	57	68	92	55
<b>Anemia Leve</b>	13	15	11	13	24	14
<b>Anemia Moderada</b>	21	25	10	12	31	18
<b>Anemia Severa</b>	15	18	6	7	21	13
<b>Total</b>	84	100	84	100	168	100

En resumen, de puérperas que no presentaron anemia durante el embarazo, en el 42% se dio la RRP y en el 68% no; a su vez en puérperas con diagnóstico positivo de anemia durante el embarazo entre leve, moderado o severo, en el 32% no se presentó la RRP y en el 58% si presentaron la RRP. Puérperas con anemia moderada o severa presentan mayor prevalencia de restos placentarios retenidos, así como la disminución de la contractilidad uterina favorece la expulsión incompleta de la placenta.

Según la gráfica 2, se puede visualizar con mayor detalle, se observa que en

usuarias con diagnóstico negativo de anemia durante el embarazo, en su mayoría no hay presencia de RRP, en tanto que en puérperas con diagnóstico positivo de anemia, entre leve, moderada o severa, con mayor frecuencia si presentan la RRP.

**Gráfico 2.** Puérperas atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Pasco, según la anemia durante el embarazo y por la prevalencia de retención de restos placentarios.



**Tabla 3.** Puérperas atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Pasco, según la presencia de infección durante la gestación y por la prevalencia de retención de restos placentarios, de junio a diciembre del 2024.

Infecciones Durante la Gestación	Prevalencia de Retención de Restos Placentarios				Total		
	Si Presenta		No Presenta				
	f <sub>i</sub>	%	f <sub>i</sub>	%	f <sub>i</sub>	%	
	<b>Con Infección</b>	47	56	25	30	72	43
<b>Sin Infección</b>		37	44	59	70	96	57
<b>Total</b>		84	100	84	100	168	100

En cuanto a la tabla 3, presenta a puérperas atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, de la provincia y departamento de Pasco, de junio a diciembre del 2024; las variables del cuadro son la presencia de infecciones durante la gestación que puede ser entre infecciones urinarias recurrentes o vaginosis bacteriana, en relación a la prevalencia de retención de restos placentarios (RRP); el cuadro muestra que, el 43% muestran un diagnóstico positivo de infección durante la gestación y el 57% es negativo; en cuanto a la presencia de RRP, de la misma manera en el cuadro se observan dos grupos de estudio, uno de 84 usuarias con presencia de RRP y otro también de 84 usuarias sin la presencia de retención.

En el grupo de usuarias con presencia de RRP, el 56% tuvo infección durante el embarazo y el 44% no; del mismo modo en usuarias sin la presencia de RRP, el 30% tuvo infección durante la gestación y el 70% no.

En resumen, de puérperas con diagnóstico positivo de infección durante la gestación, en el 56% se presentó la RRP y en el 30% no; mientras tanto que, en

puérperas con diagnóstico negativo de infección, en el 44% si se presentó la RRP y en el 70% no ocurrió la retención. Generalmente la infecciones genitourinarias o corioamnionitis aumentan la prevalencia de RRP, por lo mismo que el proceso inflamatorio altera la correcta separación de la placenta de la decidua.

También en la gráfica 3, con mayor detalle podemos visualizar, en usuarias con presencia de infección, sea infecciones urinarias recurrentes o vaginosis bacteriana, con mayor frecuencia ocurre la RRP, mientras que, en usuarias sin la presencia de infección durante la gestación, se observa que, en su gran mayoría no hay presencia de retención placentaria.

**Gráfico 3.** Puérperas atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, según la presencia de infección durante la gestación y por la prevalencia de retención de restos placentarios.



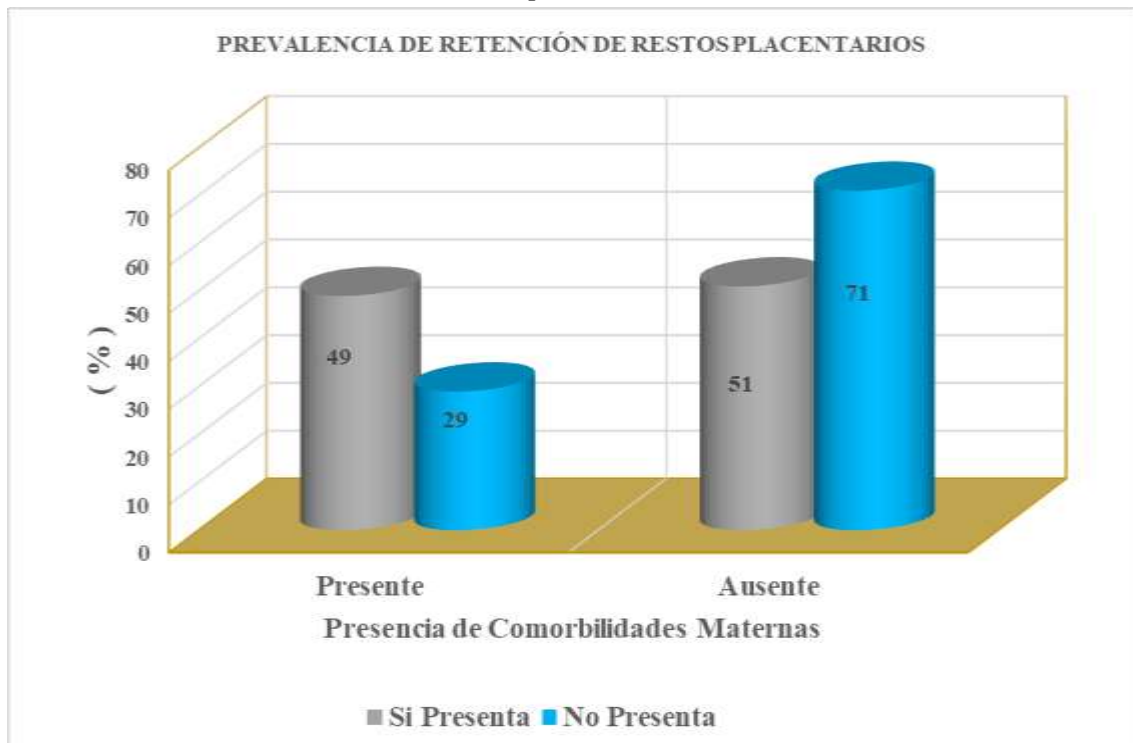
**Tabla 4.** Puérperas atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Pasco, según la presencia de comorbilidades maternas y por la prevalencia de retención de restos placentarios, de junio a diciembre del 2024.

Comorbilidades	Prevalencia de Retención de Restos				Total	
	Placentarios					
	Maternas	Si Presenta		No Presenta		fi
fi		%	fi	%		
<b>Presente</b>	41	49	24	29	65	39
<b>Ausente</b>	43	51	60	71	103	61
<b>Total</b>	84	100	84	100	168	100

Respecto a la tabla 4, presenta a puérperas atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, de la provincia y departamento de Pasco, de junio a diciembre del 2024; clasificadas según la presencia de comorbilidades maternas (Hipertensión gestacional, preeclampsia y diabetes gestacional) en relación a la prevalencia de retención de restos placentarios (RRP); se observa que, en el 39% hay presencia de comorbilidades maternas y en el 61% no se presentan; respecto a la presencia de RRP, de la misma forma presenta a dos grupos de estudio, 84 usuarias con presencia de RRP y 84 usuarias sin la presencia de retención.

En usuarias con la presencia de RRP, en el 49% había presencia de comorbilidades maternas y en el 51% no; a su vez en usuarias sin la presencia de RRP, en el 29% tenían comorbilidades y en el 71% no.

**Gráfico 4.** Puérperas atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, según la presencia de comorbilidades maternas y por la prevalencia de retención de restos placentarios.



En resumen, las puérperas con presencia de comorbilidades maternas (Hipertensión gestacional, preeclampsia y diabetes gestacional), en el 49% ocurrió la RRP y en el 29% no; sin embargo, en puérperas que no presentaron las comorbilidades maternas, en el 51% hubo RRP y en el 71% no se presentó la retención. La prevalencia de RRP fue mayor en puérperas con, preeclampsia, hipertensión gestacional y diabetes gestacional; estas condiciones se asociaron a inserciones placentarias anómalas y alumbramientos incompletos.

En la gráfica 4, se observan con mayor detalle, en usuarias con presencia de comorbilidades maternas, ya sea hipertensión gestacional, preeclampsia y diabetes gestacional, generalmente ocurre la retención de restos placentarios (RRP); mientras tanto que, en usuarias que no presentan estas comorbilidades, en su gran mayoría no se presentan la retención placentaria.

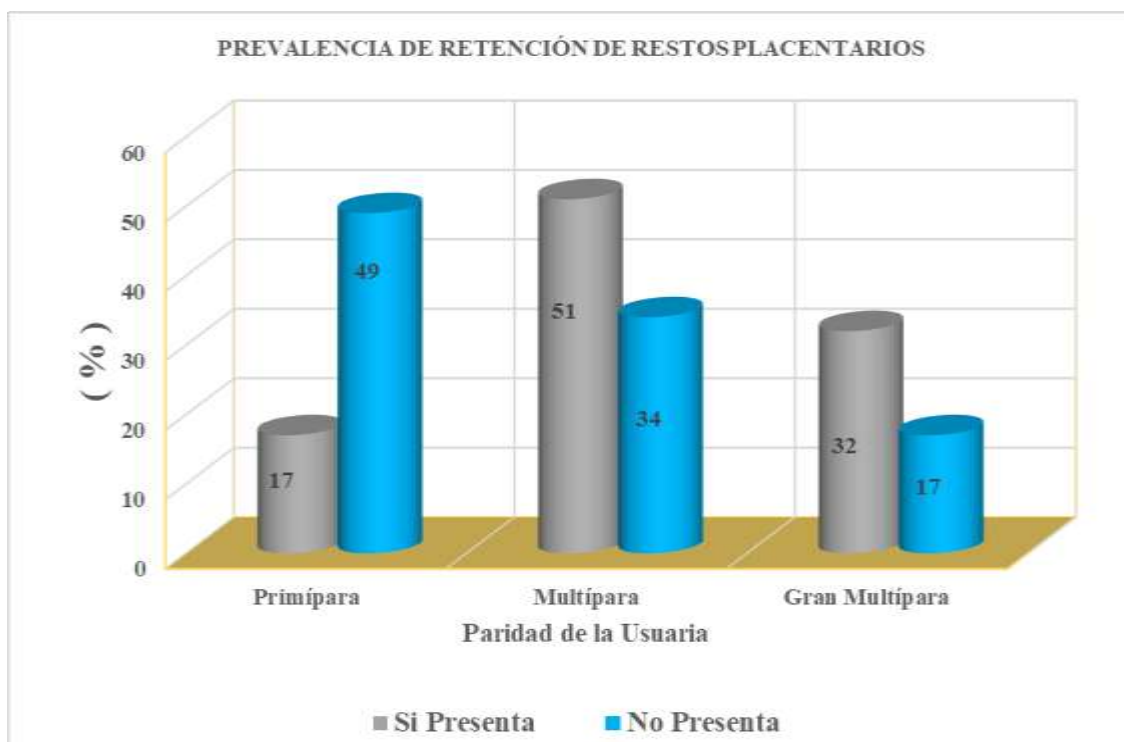
**Tabla 5. Puérperas atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Pasco, según la paridad y por la prevalencia de retención de restos placentarios, de junio a diciembre del 2024.**

Paridad	Prevalencia de Retención de Restos Placentarios				Total	
	Placentarios					
	Si Presenta		No Presenta			
	f <sub>i</sub>	%	f <sub>i</sub>	%	f <sub>i</sub>	%
<b>Primípara</b>	14	17	41	49	55	33
<b>Múltipara</b>	43	51	29	34	72	43
<b>Gran Múltipara</b>	27	32	14	17	41	24
<b>Total</b>	84	100	84	100	168	100

En cuanto a la tabla 5, de mismo modo muestra a puérperas atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, de la provincia y departamento de Pasco, de junio a diciembre del 2024; en este caso es según la paridad de la usuaria en relación a la prevalencia de retención de restos placentarios (RRP); el cuadro muestra que, el 33% son primíparas, el 43% son múltiparas (2-4) y el 24% ( $\geq 5$ ) gran múltipara; de la misma manera sobre la ocurrencia de RRP, se observan dos grupos de estudio, un grupo de 84 usuarias con presencia de RRP y otro de 84 usuarias sin la presencia de retención.

En usuarias que ocurrieron la RRP, el 17% son primíparas, el 51% múltiparas y el 32% de ellas pertenecen a gran múltipara; mientras tanto que, en usuarias que no se presentaron la RRP, el 49% son primíparas, el 34% son múltiparas y el 17% pertenecen a gran múltipara.

**Gráfico 5.** Puérperas atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, según la paridad y por la prevalencia de retención de restos placentarios.



En resumen, las puérperas que son primíparas, el 17% presenta la RRP y el 49% no; a su vez en puérperas múltiples, en el 51% se presentó la RRP y el 34% no presentó la retención; finalmente en puérperas que pertenecen a gran múltipara, el 32% presenta la RRP y el 17% no. En este caso lo más prevalente fueron las múltiples y las grandes múltiples, gestantes con historia de partos múltiples y periodos intergenésicos cortos; la sobre distensión uterina disminuyó la eficacia contráctil durante el alumbramiento.

También se observa con mayor claridad en la gráfica 5, en el grupo de usuarias primíparas, con menor frecuencia se presenta la RRP; sin embargo, en usuarias múltiples y gran múltiples con mayor frecuencia se presentan la retención de restos placentarios (RRP).

**Tabla 6.** Puérperas atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Pasco, según la duración del trabajo de parto y por la prevalencia de retención de restos placentarios, de junio a diciembre del 2024.

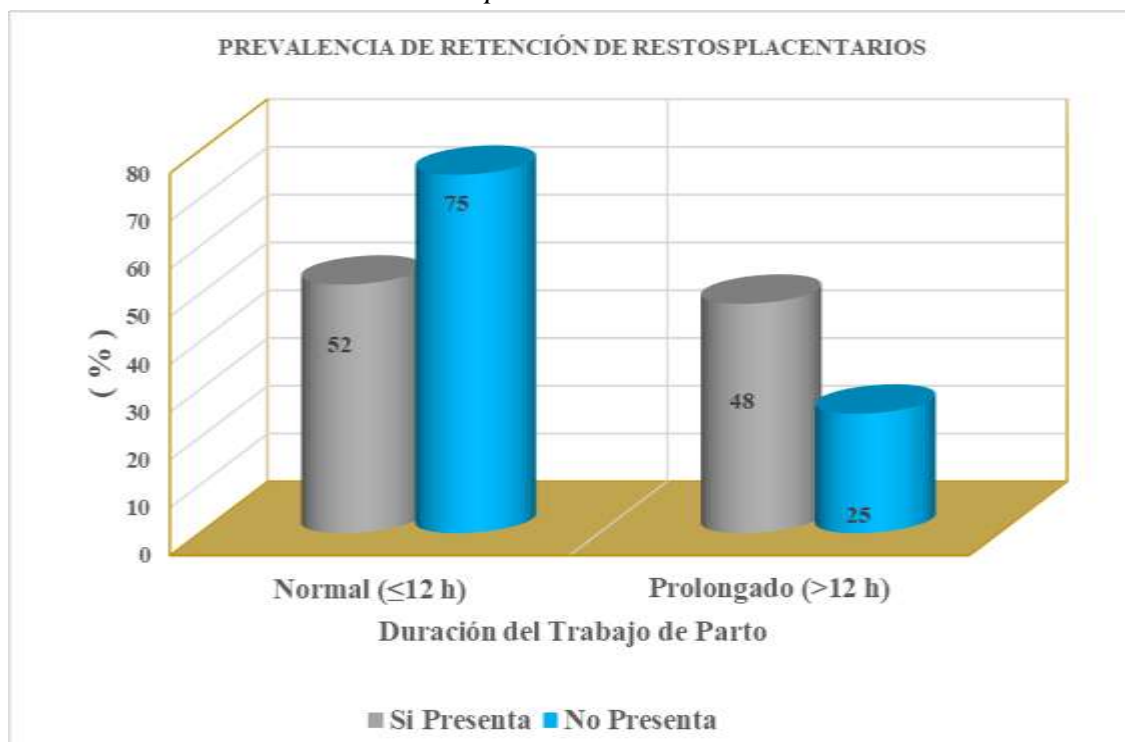
Duración del Trabajo de Parto	Prevalencia de Retención de Restos Placentarios				Total	
	Placentarios					
	Si Presenta		No Presenta			
	f <sub>i</sub>	%	f <sub>i</sub>	%	f <sub>i</sub>	%
Normal (≤12 h)	44	52	63	75	107	64
Prolongado (>12 h)	40	48	21	25	61	36
<b>Total</b>	84	100	84	100	168	100

Respecto a la tabla 6, también se observa a puérperas atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, de la provincia y departamento de Pasco, de junio a diciembre del 2024; las variables consideradas en el cuadro son la duración del trabajo de parto en relación a la prevalencia de retención de restos placentarios (RRP); según el cuadro se observa que, en el 64% el tiempo de trabajo de parto fue normal, mientras que en el 36% el tiempo de parto fue prolongado, es decir mayor igual a 12 horas; también en el cuadro se observan sobre la RRP, son dos grupos de estudio, un grupo de 84 usuarias que se dio la RRP y otro también de 84 usuarias que no ocurrió la RRP.

En usuarias donde se presentó la retención de restos placentarios (RRP), en el 52% el tiempo de trabajo de parto fue normal, es decir menos de 12 horas, mientras que en el 48% el tiempo de parto fue prolongado; asimismo en usuarias que no presentó la RRP, en el 75% fue normal el tiempo de duración del trabajo de parto, mientras que en

el 25% el tiempo de duración fue prolongado, o sea más de 12 horas.

**Gráfico 6.** Puérperas atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, según la duración del trabajo de parto y por la prevalencia de retención de restos placentarios.



En resumen, en el grupo de puérperas con tiempo de trabajo de parto normal o menos de 12 horas, en el 52% se presentó la RRP y en el 75% no ocurrió; a su vez en puérperas con tiempo de trabajo de parto prolongado, en el 48% se presentó la RRP y en el 25% no presentó la retención. El trabajo de parto prolongado, que generalmente se dan en derivaciones tardías, incrementa la frecuencia de usuarias con retención del tejido placentario.

Tal como se observa en la gráfica 6, en el grupo de usuarias con tiempo de trabajo de parto normal, es decir menos de 12 horas, en su gran mayoría las puérperas no presentan RRP; mientras que, en puérperas con más de 12 horas de trabajo de parto, con mayor frecuencia presentan la retención placentaria.

**Tabla 7. Puérperas atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Pasco, según el control prenatal y atención del parto; por la prevalencia de retención de restos placentarios, de junio a diciembre del 2024.**

<b>Control Prenatal y Atención del Parto</b>	<b>Prevalencia de Retención de Restos Placentarios</b>				<b>Total</b>	
	<b>Si Presenta</b>		<b>No Presenta</b>			
	<b>f<sub>i</sub></b>	<b>%</b>	<b>f<sub>i</sub></b>	<b>%</b>	<b>f<sub>i</sub></b>	<b>%</b>
<b>Adecuada</b>	9	11	29	34	38	23
<b>Regular</b>	38	45	32	38	70	42
<b>Inadecuada</b>	37	44	23	28	60	35
<b>Total</b>	84	100	84	100	168	100

Finalmente respecto a la tabla 7, se observa a puérperas atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, de la provincia y departamento de Pasco, de junio a diciembre del 2024; en este caso las variables son la atención prenatal y del parto en relación a la prevalencia de retención de restos placentarios (RRP); según el cuadro muestra que, el 23% de usuarias tuvieron una atención prenatal y de parto adecuada, mientras que el 42% tuvo una atención prenatal regular y el 35% tuvieron una atención inadecuada; del mismo modo en el cuadro muestra dos grupos de estudio, un grupo de 84 usuarias con presencia de RRP y otro grupo también seleccionado de 84 puérperas sin la presencia de retención placentaria.

En el grupo de puérperas donde ocurrió la RRP, el 11% tuvieron una atención

prenatal y de parto adecuado, el 45% tuvieron una atención prenatal regular y el 44% tuvieron una atención prenatal y de parto inadecuada; de la misma forma en puérperas sin la presencia de RRP, el 34% tuvieron una atención prenatal adecuada, mientras que el 38% una atención regular y el 28% tuvieron una atención prenatal inadecuada.

**Gráfico 7.** Puérperas atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, según la atención prenatal y del parto; por la prevalencia de retención de restos placentarios.



En resumen, en las puérperas que tuvieron una atención prenatal y de parto adecuada, el 11% presenta la RRP, mientras que el 34% no ocurrió la retención; asimismo, en las puérperas que tuvieron una atención prenatal y de parto entre inadecuada y regular, el 89% presenta la RRP y el 66% no ocurrió la RRP. Puérperas con control prenatal inadecuado presentan mayor prevalencia de RRP, también la falta de detección temprana de factores de riesgo (placenta previa, anemia, infecciones) condiciona complicaciones en el alumbramiento, a su vez la calidad de atención obstétrica, especialmente el manejo activo del tercer período del parto, reduce significativamente la prevalencia de RRP.

Con mayor detalle observamos en la gráfica 7, en usuarias con atención prenatal y de parto adecuada, en su gran mayoría no presentan la RRP; sin embargo, en usuarias con atención prenatal y de parto entre regular e inadecuada, con mayor frecuencia de púerperas ocurre la RRP.

### 4.3. Prueba de hipótesis

**Tabla 8.** Asociación entre las características, edad materna y la prevalencia de retención de restos placentarios.

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	46,122 <sup>a</sup>	2	,000
Razón de verosimilitudes	48,513	2	,000
Asociación lineal por lineal	1,189	1	,276
N de casos válidos	168		

(a) 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 16,50.

En la tabla 8, muestran los resultados sobre la asociación de las variables edad materna y la prevalencia de retención de restos placentarios (RRP), con fines de verificar la asociación entre estas variables se ha empleado la técnica estadística no paramétrica de Pearson, por lo que nos permite plantear las siguientes hipótesis:

H<sub>1</sub>: La edad materna, se relaciona significativamente con la prevalencia de retención de restos placentarios.

H<sub>0</sub>: No existe relación significativa entre la edad materna y la prevalencia de retención de restos placentarios.

Se lleva a cabo el procesamiento de los datos, con la técnica no paramétrica de Pearson y el modelo matemático Chi cuadrada, con un nivel de confianza del 95% y en

una prueba bilateral los resultados son:  $X^2_c=46.122 > X^2_t=5.14996$ ; p-valor = 0.000 < 0.05; por lo mismo, es evidente no aceptar la hipótesis nula, en tal sentido se concluye que, la edad materna si tiene relación significativa con la presencia de retención de restos placentarios, por lo tanto se demuestra que, se asocia a cambios en la contractilidad uterina y mayor frecuencia de patologías placentarias, es decir, las puérperas  $\geq 35$  años presentan mayor prevalencia de RRP, también se dan casos en las adolescentes cuando coexisten anemia o control prenatal inadecuado.

**Tabla 9.** Asociación entre las variables, anemia durante la gestación y la prevalencia de retención de restos placentarios.

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13, 188 <sup>a</sup>	3	,004
Razón de verosimilitudes	13, 453	3	,004
Asociación lineal por lineal	12, 621	1	,000
N de casos válidos	168		

(a) 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 10,50.

Según la tabla 9, presenta los resultados respecto a la asociación de las variables anemia durante la gestación y la prevalencia de retención de restos placentarios (RRP), del mismo para contrastar la asociación de variables, utilizamos la técnica estadística no paramétrica de Pearson, según esta técnica las hipótesis son:

H<sub>1</sub>: La presencia de anemia durante el embarazo, se asocia significativamente con la prevalencia de retención de restos placentarios.

H<sub>0</sub>: No existe asociación significativa entre la presencia de anemia durante el embarazo y la prevalencia de retención de restos placentarios.

Al someter los datos al procesamiento estadístico, mediante la técnica no paramétrica de Pearson y la expresión Chi cuadrada, con una confianza del 95% y prueba bilateral, se obtiene como resultado:  $X^2_c = 13.188 > X^2_t = 7.34996$ ; p-valor =  $0.004 < 0.05$ ; en consecuencia no se puede aceptar la hipótesis nula, en conclusión, la presencia de anemia durante el embarazo si tiene asociación significativa con la presencia de RRP; por lo mismo se demuestra que, puérperas con anemia moderada o severa presentan mayor prevalencia de RRP, por circunstancias que la disminución de la contractilidad uterina favorece la expulsión incompleta de la placenta.

**Tabla 10.** *Relación entre las variables, infección durante la gestación y la prevalencia de retención de restos placentarios.*

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,764 <sup>a</sup>	1	,001
Razón por Continuidad <sup>b</sup>	10,719	1	,001
Razón de verosimilitudes	11,918	1	,001
Asociación lineal por lineal	11,694	1	,001
N de casos válidos	168		

(a). 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 36,00.;                      (b). Calculado solo para una tabla 2x2

En cuanto a la tabla 10, presenta los resultados respecto a la asociación de las variables presencia de infección durante la gestación y la prevalencia de retención de restos placentarios (RRP), con la finalidad de verificar la asociación entre estas variables, empleamos la técnica estadística de Pearson, para ello según la técnica planteamos las siguientes hipótesis:

H<sub>1</sub>: La presencia de infección durante la gestación, se asocia significativamente con

la prevalencia de retención de restos placentarios.

H<sub>0</sub>: No existe asociación significativa entre la presencia de infección durante la gestación y la prevalencia de retención de restos placentarios.

Al llevar a cabo el procesamiento estadístico de los datos, con la técnica no paramétrica de Pearson y el modelo matemático Chi cuadrada, con una significancia del 5% y la prueba bilateral, los resultados son:  $X^2_c = 11.764 > X^2_t = 3.84146$ ; p-valor =  $0.001 < 0.05$ ; en tal sentido es evidente no aceptar la hipótesis nula, de esta manera llegamos a la conclusión que, la presencia de infección durante la gestación se relaciona significativamente con la presencia de RRP; para su aporte se demuestra que, las púerperas con infecciones urinarias recurrentes o vaginosis bacteriana presentaron mayor prevalencia de RRP, debido a procesos inflamatorios que dificultan la separación normal de la placenta.

Respecto a la tabla 11, muestra los resultados sobre la relación existente entre las variables, presencia de comorbilidades maternas y la prevalencia de retención de restos placentarios (RRP), con la finalidad de realizar el contraste estadístico de asociación entre estas variables, empleamos la técnica estadística no paramétrica de Pearson, por lo que nos permite plantear las siguientes hipótesis:

H<sub>1</sub>: La presencia de comorbilidades maternas en las usuarias, tiene relación significativa con la prevalencia de retención de restos placentarios.

H<sub>0</sub>: No existe relación significativa entre la presencia de comorbilidades maternas y la prevalencia de retención de restos placentarios.

**Tabla 11.** Relación entre las variables, presencia de comorbilidades maternas y la prevalencia de retención de restos placentarios.

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,252 <sup>a</sup>	1	,007
Razón por Continuidad <sup>b</sup>	6,424	1	,011
Razón de verosimilitudes	7,317	1	,007
Asociación lineal por lineal	7,209	1	,007
N de casos válidos	168		

(a). 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 32,50.; (b). Calculado solo para una tabla 2x2

Para el procesamiento estadístico de los datos, empleamos la técnica no paramétrica de Pearson y la fórmula matemática Chi cuadrada, con un margen de error del 5% y la prueba bilateral, se obtuvo los siguientes resultados:  $X^2_c = 6.424 > X^2_t = 3.84146$ ; p-valor = 0.011 < 0.05; en consecuencia, no se puede aceptar la hipótesis nula, en tal sentido se concluye que, la presencia de comorbilidades maternas tiene relación significativa con la presencia de RRP; se demuestra que, la prevalencia de RRP con mayor frecuencia se presenta en púerperas con la presencia de ciertas comorbilidades, como, la preeclampsia, la hipertensión gestacional o la diabetes gestacional; estas condiciones se asociaron a inserciones placentarias anómalas y alumbramientos incompletos.

En cuanto a la tabla 12, se observan los resultados respecto a la asociación entre las variables, paridad y la prevalencia de retención de restos placentarios (RRP), con fines de verificar las hipótesis planteadas, utilizamos la técnica estadística no paramétrica de Pearson, para tal caso se plantea las siguientes hipótesis:

H<sub>1</sub>: La paridad de la usuaria, se asocia significativamente con la prevalencia de retención de restos placentarios.

H<sub>0</sub>: No existe asociación significativa entre la paridad de la usuaria y la prevalencia de retención de restos placentarios.

**Tabla 12.** Asociación entre las variables, paridad y la prevalencia de retención de restos placentarios.

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,099 <sup>a</sup>	2	,000
Razón de verosimilitudes	20,780	2	,000
Asociación lineal por lineal	16,771	1	,000
N de casos válidos	168		

(a) 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 20,50.

Se realiza el procesamiento estadístico de los datos, mediante la técnica no paramétrica de Pearson y el modelo matemático Chi cuadrada, con la confianza del 95% y prueba bilateral, el resultado es:  $X^2_c=20.099 > X^2_t=5.14699$ ; p-valor = 0.000 < 0.05; por lo mismo, es evidente no poder aceptar la hipótesis nula, en consecuencia, llegamos a la conclusión que, la paridad de la usuaria tiene asociación significativa con la presencia de RRP; para su aporte se demuestra que, la RRP es más prevalente en multíparas, especialmente grandes multíparas, por lo que la sobre distensión uterina y la menor eficacia contráctil influyen en la expulsión incompleta de la placenta.

En la siguiente tabla 13, presenta los resultados sobre el contraste estadístico respecto a la asociación entre las variables, duración del trabajo de parto y la prevalencia de retención de restos placentarios (RRP), del mismo modo para verificar

las hipótesis planteadas, empleamos la técnica estadística no paramétrica de Pearson, para ello nos permitimos plantear las siguientes hipótesis:

**Tabla 13.** *Relación entre las variables, duración del trabajo de parto y la prevalencia de retención de restos placentarios.*

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9, 292 <sup>a</sup>	1	,002
Razón por Continuidad <sup>b</sup>	8, 340	1	,004
Razón de verosimilitudes	9, 409	1	,002
Asociación lineal por lineal	9, 237	1	,002
N de casos válidos	168		

(a). 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 30,50.;

(b). Calculado solo para una tabla 2x2

H<sub>1</sub>: La duración del trabajo de parto, se relaciona significativamente con la prevalencia de retención de restos placentarios.

H<sub>0</sub>: No existe relación significativa entre la duración del trabajo de parto y la prevalencia de retención de restos placentarios.

Realizamos el procesamiento estadístico de los datos, con la técnica no paramétrica de Pearson y la expresión Chi cuadrada, con un nivel de confianza del 95% y prueba bilateral, los resultados son:  $X^2_c = 8.340 > X^2_t = 3.84146$ ; p-valor = 0.004 < 0.05; en tal sentido según los resultados hay evidencias para no aceptar la hipótesis nula, de tal manera se llega a la conclusión que, la duración del trabajo de parto se relaciona significativamente con la presencia de RRP; para su aporte se demuestra que, el trabajo de parto prolongado (tiempo mayor a 12 horas) frecuente en derivaciones tardías, se relaciona a la mayor prevalencia de RRP.

Finalmente, en cuanto a la tabla 14, muestra los resultados respecto a la verificación estadística de la hipótesis planteada, en este caso las variables consideradas son, el control prenatal y atención del parto, asociado a la prevalencia de retención de restos placentarios (RRP), empleamos la técnica estadística no paramétrica de Pearson, por lo que, para esta técnica las hipótesis son las siguientes:

**Tabla 14.** Asociación entre las variables, control prenatal y atención del parto; con la prevalencia de retención de restos placentarios.

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,307 <sup>a</sup>	2	,001
Razón de verosimilitudes	14,888	2	,001
Asociación lineal por lineal	12,081	1	,001
N de casos válidos	168		

(a) 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 19,00.

H<sub>1</sub>: El control prenatal y la atención del alumbramiento, se asocia significativamente con la prevalencia de retención de restos placentarios.

H<sub>0</sub>: No existe asociación significativa entre el control prenatal y atención del alumbramiento, con la prevalencia de retención de restos placentarios.

Se realiza el procesamiento estadístico de los datos, con la técnica no paramétrica de Pearson y el modelo matemático Chi cuadrada, con una confianza del 95% y prueba bilateral, los resultados son:  $X^2_c = 14.307 > X^2_t = 5.14699$ ; p-valor = 0.001 < 0.05; en consecuencia es evidente no aceptar la hipótesis nula, de tal manera se concluye que, el control prenatal y atención del alumbramiento se relaciona significativamente con la presencia de RRP; para su aporte se demuestra que, puérperas

con control prenatal inadecuado presentan mayor prevalencia de RRP; a su vez la calidad de la atención obstétrica, especialmente en el manejo activo del tercer período del parto, reduce significativamente la prevalencia de RRP.

#### **4.4. Discusión de resultados**

En cuanto a la edad materna en relación a la presencia de retención de restos placentarios (RRP), en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Pasco, el estudio reporta lo siguiente: En puérperas menores de 20 años, el 30% tuvo RRP mientras que el 10% no; en puérperas de 20 a 34 años, el 23% muestra RRP y el 75% no; y, en puérperas mayores de 34 años, el 47% muestra RRP y el 15% no presenta. Luego de llevar a cabo el procesamiento de los datos, con la técnica no paramétrica de Pearson y el modelo matemático Chi cuadrada, con una confianza del 95% los resultados son:  $X^2_c = 46.122 > X^2_{\alpha} = 5.14996$ ;  $p\text{-valor} = 0.000 < 0.05$ ; por lo mismo, se concluye que, la edad materna se relaciona significativamente con la presencia de RRP, se demuestra que, las puérperas mayores de 34 años presentan mayor prevalencia de RRP, también, se dan casos en las adolescentes cuando coexisten anemia o control prenatal inadecuado.

Tal como menciona. Favilli A, et.al.; (2021); en un estudio sobre, “Revisión sistemática publicada en BMC Pregnancy and Childbirth”; reportó que la prevalencia de placenta retenida después del parto vaginal oscila entre 0,5% y 4,8%, dependiendo del contexto hospitalario y los criterios diagnósticos utilizados. El estudio identificó como factores de riesgo principales la edad materna avanzada, antecedentes de cesárea, legrado uterino previo, inducción del trabajo de parto y anomalías placentarias. Estos hallazgos evidencian la influencia de características clínicas y obstétricas en la ocurrencia de esta complicación (6).

Respecto a la presencia de anemia durante el embarazo, en relación a la presencia de retención de restos placentarios (RRP), en el Hospital Regional Daniel

Alcides Carrión, Pasco, en el estudio se encontró que: En puérperas con diagnóstico negativo de anemia gestacional, el 42% tuvo RRP y el 68% no; en puérperas con diagnóstico positivo de anemia durante el embarazo entre leve, moderado o severo, el 32% no presenta RRP y el 58% si presenta. Después de realizar el procesamiento de los datos con la técnica no paramétrica de Pearson y la fórmula Chi cuadrada y con una confianza del 95%, se obtiene el siguiente resultado:  $X^2_c = 13.188 > X^2_t = 7.34996$ ; p-valor =  $0.004 < 0.05$ ; en consecuencia se llega a la conclusión que, la presencia de anemia durante el embarazo tiene asociación significativa con la presencia de RRP; se demuestra que, puérperas con anemia moderada o severa presentan mayor prevalencia de RRP, por razones que la disminución de contractilidad uterina favorece la expulsión incompleta de la placenta.

Así como menciona Huamán S, Torres A.; (2021); en un estudio sobre, “Anemia gestacional como factor de riesgo para retención de restos placentarios en el Hospital Regional de Ayacucho”; En el Hospital Regional de Ayacucho, un estudio analítico reportó asociación estadísticamente significativa entre anemia gestacional y retención placentaria ( $OR > 2$ ), destacando que la prevalencia fue mayor en mujeres con hemoglobina menor de 10 g/dL al momento del parto. Esta situación resulta relevante en regiones altoandinas donde la anemia continúa siendo un problema de salud pública (12).

Respecto a la presencia de infección durante el embarazo, en relación a la presencia de RRP, en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Pasco, el estudio reporta que: En puérperas con diagnóstico positivo de infección durante la gestación, el 56% tuvo la RRP y el 30% no; en puérperas con diagnóstico negativo de infección, el 44% presenta la RRP y el 70% no. Al llevar a cabo el procesamiento y análisis estadístico de los datos, mediante la técnica no paramétrica de Pearson y el Chi

cuadrada, con una confianza del 95%, los resultados son:  $X^2_c = 11.764 > X^2_t = 3.84146$ ;  $p\text{-valor} = 0.001 < 0.05$ ; en tal sentido se concluye que, la presencia de infección durante la gestación se relaciona significativamente con la presencia de RRP; se demuestra que, las puérperas con infecciones (urinarias recurrentes o vaginosis bacteriana) presentan mayor prevalencia de RRP, debido a procesos inflamatorios que dificultan la separación normal de la placenta.

En cuanto a la presencia de comorbilidades maternas, en relación a la presencia de RRP, en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Pasco, en el estudio se encontró que: En puérperas con presencia de comorbilidades maternas (Hipertensión gestacional, preeclampsia o diabetes gestacional), en el 49% ocurrió la RRP y en el 29% no; en puérperas que no presentaron las comorbilidades, el 51% tuvo RRP y el 71% no. Según el tratamiento y análisis estadístico de los datos, mediante la técnica de Pearson y la fórmula matemática Chi cuadrada, con una confianza del 95%, los resultados son los siguientes:  $X^2_c = 6.424 > X^2_t = 3.84146$ ;  $p\text{-valor} = 0.011 < 0.05$ ; en consecuencia, se concluye que, la presencia de comorbilidades maternas se asocia significativamente con la presencia de RRP; se demuestra que, mayor prevalente de RRP se presenta en puérperas con comorbilidades, como, la preeclampsia, la hipertensión gestacional o la diabetes gestacional; estas condiciones se asocian a inserciones placentarias anómalas y alumbramientos incompletos.

Lo menciona Mamani P, Flores E.; (2022); en un estudio sobre, “Características obstétricas asociadas a retención placentaria en hospitales del sur del Perú”. En investigaciones desarrolladas en hospitales del sur del país, como en Arequipa y Puno, han señalado que la retención de restos placentarios se presenta con mayor frecuencia en partos instrumentados y cesáreas de emergencia, así como en gestantes referidas tardíamente desde centros periféricos. Dichos hallazgos subrayan la importancia de la

calidad de la atención obstétrica y del manejo activo del tercer período del parto (13).

Respecto a la característica de la paridad de la usuaria, en relación a la presencia de RRP, en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Pasco, el estudio reporta lo siguiente: En las puérperas primíparas, el 17% presenta la RRP y el 49% no; en puérperas multíparas, el 51% se presenta RRP y el 34% no; en puérperas que pertenecen a gran multípara, el 32% presenta RRP y el 17% no. Se lleva a cabo el procesamiento y análisis estadístico de los datos, con la técnica no paramétrica de Pearson y fórmula Chi cuadrada, con confianza del 95% el resultado es:  $X^2_c=20.099 > X^2_t=5.14699$ ; p-valor = 0.000 < 0.05; en consecuencia, se concluye que, la paridad de la usuaria se relaciona significativamente con la presencia de RRP; se demuestra que, la RRP es más prevalente en multíparas, especialmente grandes multíparas, por lo que la sobre distensión uterina y la menor eficacia contráctil influyen en la expulsión incompleta de la placenta.

También menciona Hershkovitz R, Dekel A, Sheiner E.; (2023); en el estudio sobre, “Novel risk factors associated with retained placenta after vaginal birth”. En, investigaciones recientes han identificado nuevos factores asociados, como fertilización in vitro, hipertensión crónica y multiparidad, destacando que la retención placentaria es un fenómeno multifactorial que depende tanto de condiciones maternas como del manejo obstétrico del tercer período (9).

En cuanto a la duración del trabajo de parto, en relación a la presencia de RRP, en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Pasco, en el estudio se encontró que: En puérperas con tiempo de trabajo de parto normal o menos de 12 horas, el 52% muestra RRP y el 75% no; en puérperas con tiempo de trabajo de parto prolongado, el 48% presenta RRP y el 25% no. Luego del tratamiento estadístico de los datos, mediante la técnica de Pearson y la expresión Chi cuadrada, con una confianza del 95%

los resultados son los siguientes:  $X^2_c=8.340 > X^2_t=3.84146$ ; p-valor =  $0.004 < 0.05$ ; en tal sentido se concluye que, la duración del trabajo de parto se asocia significativamente con la presencia de RRP; por lo mismo se demuestra que, el trabajo de parto prolongado (tiempo mayor a 12 horas), en su gran mayoría genera mayor frecuencia de usuarias con la retención del tejido placentario.

También lo señala Endler, M., et. al.; (2019); En un estudio retrospectivo realizado en Europa con más de 100 000 partos vaginales, se encontró que aproximadamente 3,3 % de las mujeres requirieron revisión manual de la cavidad uterina por sospecha de retención placentaria. Se identificó asociación significativa con parto pretérmino, preeclampsia, antecedentes de aborto y duración prolongada del trabajo de parto. Estos resultados resaltan la importancia del control prenatal y la vigilancia del tercer período del parto (7).

Finalmente, respecto los controles prenatales y atención del parto, en relación a la presencia de RRP, en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Pasco, el estudio reporta que: En púerperas que tuvieron los controles prenatales y atención del parto adecuada, el 11% muestra RRP y el 34% no; en púerperas que tuvieron los controles prenatales y atención del parto entre inadecuada y regular, el 89% muestra RRP y el 66% no. Al llevar a cabo el procesamiento y análisis estadístico de los datos, con la técnica de Pearson y la fórmula Chi cuadrada, con una confianza del 95%, los resultados que se obtuvo son:  $X^2_c=14.307 > X^2_t=5.14699$ ; p-valor =  $0.001 < 0.05$ ; en consecuencia se concluye que, el control prenatal y atención del alumbramiento se relaciona significativamente con la presencia de RRP; para su aporte se demuestra que, púerperas con control prenatal y atención del parto inadecuado, presentan mayor prevalencia de RRP; también, la calidad de la atención obstétrica, especialmente en el manejo activo del tercer período del parto, reduce significativamente la prevalencia de RRP.

Lo señala Chávez R, Villanueva M.; (2020); en un estudio sobre, “Complicaciones del puerperio inmediato y factores asociados en el Hospital Regional de Cajamarca. Rev Med Cajamarca”. 2020;8(1):45–52. En el Hospital Regional de Cajamarca, una investigación retrospectiva encontró que la retención de restos placentarios representó aproximadamente el 3,4 % de las complicaciones puerperales inmediatas. Se observó mayor frecuencia en gestantes con control prenatal inadecuado (<6 controles), trabajo de parto prolongado y diagnóstico de preeclampsia. Estos resultados evidencian la influencia de factores clínicos y obstétricos en la presentación de la RRP en poblaciones de altura y zonas rurales (11).

## CONCLUSIONES

1. En puérperas menores de 20 años, el 30% tuvo retención de restos placentarios (RRP) y el 10% no; en puérperas de 20 a 34 años, el 23% muestra RRP y el 75% no; y, en puérperas mayores de 34 años, el 47% presenta RRP y el 15% no. Existe relación significativa, las puérperas  $\geq 35$  años presentan mayor prevalencia de RRP, también las adolescentes cuando coexisten anemia o control prenatal inadecuado.
2. En puérperas sin anemia durante el embarazo, el 42% tuvo RRP y el 68% no; en puérperas con anemia gestacional, el 58% tuvo RRP y el 32% no. Presenta asociación significativa, es decir, puérperas con anemia moderada o severa presentan mayor prevalencia de RRP, por circunstancias que la disminución de la contractilidad uterina favorece la expulsión incompleta de la placenta.
3. En puérperas con infección durante la gestación, el 56% presenta RRP y el 30% no; en puérperas sin infección, el 44% tuvo RRP y el 70% no. Se asocian significativamente, es decir, las puérperas con infecciones urinarias recurrentes o vaginosis bacteriana presentan mayor prevalencia de RRP, esto es debido a procesos inflamatorios que dificultan la separación normal de la placenta.
4. En puérperas con presencia de comorbilidades maternas, el 49% tuvo RRP y el 29% no; en puérperas sin comorbilidades maternas, el 51% tuvo RRP y el 71% no. Presentan relación significativa, es decir, la RRP fue mayor en puérperas con, preeclampsia, hipertensión gestacional y diabetes gestacional; estas condiciones se asociaron a inserciones placentarias anómalas y alumbramientos incompletos.
5. En puérperas primíparas, el 17% tuvo RRP y el 49% no; en puérperas multíparas, el 51% presenta RRP y el 34% no; en puérperas de gran multípara, el 32% tuvo RRP y el 17% no. Presentan asociación significativa, es decir en este caso, lo más prevalente fueron las puérperas multíparas y las grandes multíparas.

6. En puérperas con tiempo de trabajo de parto normal, el 52% presenta RRP y el 75% no; en puérperas con tiempo de trabajo de parto prolongado, el 48% tuvo RRP y el 25% no. Existe asociación significativa, es decir, el trabajo de parto prolongado, que generalmente se dan en derivaciones tardías, incrementa la frecuencia de usuarias con retención del tejido placentario.
7. En puérperas con atención prenatal y de parto adecuada, el 11% tuvo RRP y el 34% no; en puérperas con atención prenatal y de parto entre inadecuada y regular, el 89% presenta RRP y el 66% no. Presentan asociación significativa, es decir, puérperas con control prenatal inadecuado presentan mayor prevalencia de RRP; a su vez la calidad de la atención obstétrica, especialmente en el manejo activo del tercer período del parto, reduce significativamente la prevalencia de RRP.

## RECOMENDACIONES

1. Fortalecer la aplicación estricta del manejo activo del tercer período del parto en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, asegurando el uso oportuno de uterotónicos, tracción controlada del cordón y revisión sistemática de la placenta, con el fin de reducir la prevalencia de retención de restos placentarios.
2. Garantizar la disponibilidad permanente de uterotónicos, insumos y equipos ecográficos en sala de partos para una atención oportuna y segura.
3. Sugerimos proporcionar una atención oportuna y de calidad a las gestantes que presenten factores de riesgo vinculados a la RRP en el puerperio inmediato, priorizando su manejo en establecimientos hospitalarios de mayor complejidad, debido a complicaciones posteriores durante el periodo puerperal.
4. Reforzar la capacitación continua del personal de salud en técnicas adecuadas de alumbramiento y revisión uterina, especialmente en escenarios de emergencia obstétrica.
5. Implementar intervenciones educativas dirigidas a gestantes sobre la importancia del control prenatal temprano, con énfasis en la prevención de complicaciones del tercer período del parto.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Organización Mundial de la Salud. (2018). Recomendaciones de la OMS sobre atención intraparto para una experiencia de parto positiva. OMS.
- (2) Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Spong, C. Y. (2019). *Williams obstetricia* (26.<sup>a</sup> ed.). McGraw-Hill Education.
- (3) García, M., & López, R. (2019). Complicaciones del alumbramiento y su impacto en la morbilidad materna en América Latina. *Revista Latinoamericana de Ginecología y Obstetricia*, 17(2), 85–93.
- (4) Ministerio de Salud. (2020). *Guía técnica para la atención del parto, puerperio y del recién nacido*. MINSA.
- (5) Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill Education.
- (6) Favilli A, Tosto V, Ceccobelli M, Parazzini F, Franchi M. Risk factors for non-adherent retained placenta after vaginal delivery: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021; 21:268.
- (7) Endler M, Grünewald C, Saltvedt S, Stephansson O. Risk; factors for manual removal of the placenta after vaginal delivery: a population-based study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2019; 236:160–165.
- (8) Rottenstreich A, Levin G, Kleinstern G, Spectre G, Meyer R. Clinical characteristics and maternal outcomes of women with postpartum retained placental fragments. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2022;35(25):7322–7329.
- (9) Hershkovitz R, Dekel A, Sheiner E. Novel risk factors associated with retained placenta after vaginal birth. *Arch Gynecol Obstet*. 2019;307(4):1153–1160.
- (10) Quispe L, Ramos G, Cárdenas M. Factores asociados a retención placentaria en puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Lima. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2019;65(2):123–130.
- (11) Chávez R, Villanueva M. Complicaciones del puerperio inmediato y factores asociados en el Hospital Regional de Cajamarca. *Rev Med Cajamarca*. 2020;8(1):45–52.
- (12) Huamán S, Torres A. Anemia gestacional como factor de riesgo para retención de restos placentarios en el Hospital Regional de Ayacucho. *Rev Peru Investig Matern Perinat*. 2021;10(3):15–22.
- (13) Mamani P, Flores E. Características obstétricas asociadas a retención placentaria en hospitales del sur del Perú. *Rev Med Arequipa*. 2022;12(2):67–74.

- (14) Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al. Williams Obstetrics. 26th ed. New York: McGraw-Hill; 2022.
- (15) Sellmyer MA, Desser TS, McDonnell CH, et al. Physiologic, histologic, and imaging features of retained products of conception. *Radiographics*. 2013;33(3):781–796.
- (16) HersHKovitz R, Dekel A, Sheiner E. Novel risk factors associated with retained placenta after vaginal birth. *Arch Gynecol Obstet*. 2023;307(4):1153–1160.
- (17) World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: WHO; 2012.
- (18) Organización Mundial de la Salud. (2022). Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto. OMS.
- (19) Organización Mundial de la Salud. (2024). Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/141472>
- (20) Organización Panamericana de la Salud. (2024). Cero Muertes Maternas por Hemorragia. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y su Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR). Recuperado de: <https://www.paho.org/es/cero-muertes-maternas-por-hemorragia>.
- (21) Organización Naciones Unidas (2025). Los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. página web. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>.
- (22) Cabrera Ramos, S. G. (2023). Complicaciones obstétricas y edad materna avanzada. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 69(3). <https://doi.org/10.31403/rpgo.v69i2553>
- (23) Hernández-Sampieri R, Mendoza Torres. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 1st ed. México: McGraw Hil.; 2015.
- (24) Supo Condori JA, Zacarías Ventura HR. Metodología de la Investigación Científica. Tercera Edición ed. Arequipa - Perú: Bioestadístico EEDU EIRL; 2020.

# **ANEXOS**

## ANEXO N°1

### FICHA DOCUMENTAL

#### I. DATOS GENERALES:

1. Número de historia clínica: .....
2. Peso (Kg): .....
3. Edad materna (Años cumplidos): .....
  - < 20 Años ( )
  - 20 a 34 Años ( )
  - > 34 Años ( )
4. Anemia durante el embarazo:
  - No Anemia: ( )
  - Anemia leve: 10,0 – 10,9 g/dL ( )
  - Anemia moderada: 7,0 – 9,9 g/dL ( )
  - Anemia severa: < 7,0 g/dL ( )
5. Presencia de Infección durante el embarazo
  - Con Infección: ( )
    - Infecciones urinarias recurrentes ( )
    - Vaginosis bacteriana ( )
  - Sin Infección: ( )
6. Presencia de comorbilidades maternas:
  - Presente: ( )

Preeclampsia ( )

Hipertensión gestacional ( )

Diabetes gestacional ( )

Ausente: ( )

7. Paridad:

Primípara ( )

Multípara ( )

Gran multípara ( )

8. Tipo de parto:

Parto vaginal eutócico ( )

Parto vaginal instrumentado ( )

Cesárea de emergencia ( )

9. Duración del trabajo de parto:

Trabajo de parto normal: ( $\leq 12$  h) ( )

Trabajo de parto prolongado: ( $> 12$  h) ( )

10. Control prenatal:

Adecuado :  $\geq 6$  controles ( )

Regular : 4 a 5 controles ( )

Inadecuada :  $< 4$  controles ( )

11. Atención del parto:

Adecuado : Manejo activo completo ( )

Regular : Manejo activo incompleto ( )

Inadecuada : Ausencia de manejo activo ( )

12. Retención de restos placentarios:

Presente: ( )

Retención parcial de restos placentarios ( )

Retención total de la placenta ( )

Ausente: Sin retención ( )

13. Control prenatal más atención del parto:

Adecuado (8 a 10 puntos) ( )

Regular (4 a 7 puntos) ( )

Inadecuada (0 a 3 puntos) ( )

## ANEXO N°2

### CUESTIONARIO

#### ESCALA DE VALORACIÓN

Si: Si cumple (1 punto)

No: No cumple (0 puntos)

N°	INDICADOR	RESPUESTA	
		Si	No
<b>CONTROL PRENATAL</b>			
<b>Instrucción:</b> Marcar con (✓) según la información registrada en la historia clínica y/o carné perinatal.			
1	La gestante tuvo $\geq 6$ controles prenatales		
2	El primer control prenatal se inició antes de las 14 semanas		
3	Se registró tamizaje de anemia durante el embarazo		
4	Se registró tamizaje de infecciones genitourinarias		
5	Se identificaron y consignaron factores de riesgo obstétrico		
<b>ATENCIÓN DEL PARTO</b>			
<b>Instrucción:</b> Registrar según nota de parto y evolución puerperal.			
6	Tracción controlada del cordón umbilical.		
7	Masaje uterino posterior al alumbramiento.		
8	Verificación de integridad de la placenta.		
9	Control de signos vitales en la primera hora postparto.		
10	Evaluación del tono uterino.		

CLASIFICACIÓN DEL CONTROL PRENATAL MÁS LA ATENCIÓN DEL PARTO:

Adecuado : De 8 a 10 puntos

Regular : De 4 a 7 puntos

Inadecuada :  $\leq 3$  puntos

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**ANEXO N°3**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Título del Estudio:** “Prevalencia de retención de restos placentarios, en relación a las características clínicas y obstétricas de puérperas, Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Pasco, junio a diciembre, 2024”

Yo, como paciente atendido(a) en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, manifiesto que he sido debidamente informado(a) sobre los objetivos del presente estudio, el cual tiene como propósito analizar la situación de complicaciones obstétricas en puérperas atendidas en este hospital, así como destacar la importancia de la participación del profesional de obstetricia en la prevención y cuidado de usuarias con retención de restos placentarios.

Las investigadoras me han explicado de manera clara la finalidad de la investigación y la importancia de recibir orientación sobre medidas de prevención, tratamiento y cuidados, especialmente dirigidas a las madres puérperas, consideradas un grupo particularmente vulnerable.

Declaro que acepto participar de manera libre y voluntaria en el estudio, respondiendo con veracidad a las preguntas que se me formulen. Asimismo, se me ha informado que toda la información que proporcione será tratada con estricta confidencialidad y de manera anónima, bajo la responsabilidad de las investigadoras.

**Firma del participante:** \_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Firma de las Investigadoras Responsables:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_