

UNIVERSIDAD DE HUANUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA



TESIS

**“Características obstétricas en puérperas con retención de
restos placentarios en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano,
2024”**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTORA: Isuiza Verde, Fresly Alessandra

ASESORA: Marcelo Armas, Maricela Luz

HUÁNUCO – PERÚ

2025



TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

- Tesis (X)
- Trabajo de Suficiencia Profesional ()
- Trabajo de Investigación ()
- Trabajo Académico ()

LINEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud materno y perinatal

AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2020)

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

Área: Ciencia médicas, Ciencias de la salud

Sub área: Medicina clínica

Disciplina: Obstetricia, Ginecología

DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: Título Profesional de Obstetra

Código del Programa: P02

Tipo de Financiamiento:

- Propio (X)
- UDH ()
- Fondos Concursables ()

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 76173476

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 04049506

Grado/Título: Doctora en ciencia de la salud

Código ORCID: 0000-0001-8585-1426

DATOS DE LOS JURADOS:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Palacios Zevallos, Juana Irma	Doctora en ciencias de la salud	22418566	0000-0003-4163-8740
2	Maque Ponce, Andy	Magister en salud pública y gestión sanitaria	22494193	0000-0003-1181-3157
3	Olarte Chavez, Jenny Jannet	Segunda especialidad en alto riesgo obstétrico	22487693	0000-0002-2962-5157



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las **quince horas** de la fecha **tres** del mes de **julio** del año **dos mil veinticinco**, se reunieron en el auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad, se reunió el jurado calificador integrado por los docentes:

- Dra. Juana Irma Palacios Zevallos
- Mg. Andy Maque Ponce
- Mg. Jenny Jannet Olarte Chavez

Presidente
Secretaría
Vocal

Nombrados mediante **RESOLUCION N° 2243-2025-D-FCS-UDH**, para evaluar la Tesis intitulado **"CARACTERÍSTICAS OBSTETRICAS EN PUÉRPERAS CON RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO 2024"**; presentado por la Bachiller en Obstetricia la **Sra. Fresly Alessandra ISUIZA VERDE**, para optar el Título Profesional de **Obstetra**.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo **Aprobada** por **unanimidad** con el calificativo cuantitativo de **15** y cualitativo de **bueno**.

Siendo las, **16:00** horas del día **tres** del mes de **julio** del año **2025** los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

DRA. JUANA IRMA PALACIOS ZEVALLOS
DNI: **22418566**
CÓDIGO ORCID: 0000-0003-4163-8740

MG. ANDY MAQUE PONCE

DNI: **22494193**
CÓDIGO ORCID: 0000-0003-1181-3157

MG. JENNY JANNET OLARTE CHAVEZ

DNI: **22487693**
CÓDIGO ORCID: 0000-0002-2962-5157



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO



CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El comité de integridad científica, realizó la revisión del trabajo de investigación del estudiante: FRESLY ALESSANDRA ISUIZA VERDE, de la investigación titulada "Características obstétricas en puérperas con retención de restos placentarios en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, 2024", con asesor(a) MARICELA LUZ MARCELO ARMAS, designado(a) mediante documento: RESOLUCIÓN N° 1186-2024-D-FCS-UDH del P. A. de OBSTETRICIA.

Puede constar que la misma tiene un índice de similitud del 20 % verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el Software Turnitin.

Por lo que concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con todas las normas de la Universidad de Huánuco.

Se expide la presente, a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Huánuco, 06 de mayo de 2025



RICHARD J. SOLIS TOLEDO
D.N.I.: 47074047
cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA
D.N.I.: 71345687
cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

227. Isuiza Verde, Fresly Alessandra.docx

INFORME DE ORIGINALIDAD

20%

INDICE DE SIMILITUD

20%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

7%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

1library.co

Fuente de Internet

3%

2

repositorio.unheval.edu.pe

Fuente de Internet

2%

3

repositorio.udh.edu.pe

Fuente de Internet

2%

4

repositorio.upecen.edu.pe

Fuente de Internet

1%

5

apirepositorio.unh.edu.pe

Fuente de Internet

1%



RICHARD J. SOLIS TOLEDO

D.N.I.: 47074047

cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA

D.N.I.: 71345687

cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

DEDICATORIA

A Dios, fuente infinita de amor y sabiduría, por guiar mis pasos, iluminar mi camino y darme la fortaleza para seguir adelante incluso en los momentos más difíciles.

A mi señora madre Vicky Verde, mi pilar y mi refugio, por su amor incondicional, sus sacrificios silenciosos y por enseñarme con su ejemplo el valor de la perseverancia y la humildad, por estar ahí siempre guiándome. Esta dedicatoria es un pequeño reflejo de mi gratitud hacia usted, quien han sido mi inspiración y mi motor en cada etapa de mi vida.

EN MEMORIA

En honor a mi abuelo Alfredo Verde, mi fuente de inspiración y sabiduría, aunque ya no este físicamente conmigo, tu espíritu y tu amor continúan guiándome en cada paso de este camino

AGRADECIMIENTO

A mi abuelo, que está en el cielo, a mi madre, por ser mi mayor apoyo y por creer en mí incluso cuando yo dudaba de mí misma. Gracias por sus consejos, su paciencia y por darme todo lo que necesitaba para crecer, no solo en lo material, sino también en valores y principios, esto es por ustedes y para ustedes.

A mi hermana, mi compañera de vida, por estar siempre ahí, en las risas y en los momentos difíciles. Gracias por ser mi familia, mi amiga y mi cómplice en esta aventura llamada vida.

A mi esposo, por ser una persona muy perseverante en mi vida, ya que estuvo ahí conmigo siempre motivándome y dándome la fuerza para poder culminar mi carrera profesional.

A los docentes de la Universidad de Huánuco, por compartir sus conocimientos con dedicación y pasión, por inspirarme a ser mejor cada día y por prepararme no solo académicamente, sino también para enfrentar los retos de la vida con sabiduría y ética.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO	III
ÍNDICE	IV
ÍNDICE DE TABLAS.....	VII
ÍNDICE DE FIGURAS.....	IX
RESUMEN	XI
ABSTRACT	XII
INTRODUCCIÓN	XIII
CAPÍTULO I	15
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	15
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	15
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	18
1.2.1. PROBLEMA GENERAL.....	18
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS	18
1.3. OBJETIVO GENERAL	19
1.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
1.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	19
1.5.1. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA	19
1.5.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA.....	19
1.5.3. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA.....	19
1.5.4. JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA.....	20
1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	20
1.7. VIABILIDADES DE LA INVESTIGACIÓN	20
CAPÍTULO II	21
MARCO TEÓRICO	21
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	21
2.1.1. ANTECEDENTES A NIVEL INTERNACIONAL	21
2.1.2. ANTECEDENTES A NIVEL NACIONAL	26
2.1.3. ANTECEDENTES A NIVEL REGIONAL	30
2.2. BASES TEÓRICAS	31
2.2.1. ALUMBRAMIENTO.....	31
2.2.2. FISIOLÓGÍA.....	34

2.2.3. INTERPRETACIÓN CLÍNICA DEL ALUMBRAMIENTO	35
2.2.4. ALUMBRAMIENTO ACTIVO O DIRIGIDO.....	37
2.2.5. TIPOS DE ALUMBRAMIENTO.....	37
2.2.6. ALUMBRAMIENTO PATOLÓGICO.....	40
2.2.7. COMPLICACIÓN DE LA RETENCIÓN PLACENTARIA	43
2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES	48
2.4. HIPÓTESIS	49
2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL.....	49
2.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	49
2.5. VARIABLE	50
2.5.1. VARIABLE DE RELACIÓN	50
2.5.2. VARIABLE DE SUPERVISIÓN.....	50
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE	51
CAPÍTULO III	53
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	53
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	53
3.1.1. ENFOQUE	53
3.1.2. ALCANCE O NIVEL	53
3.1.3. DISEÑO	53
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	54
3.2.1. POBLACIÓN	54
3.2.2. MUESTRA.....	54
3.3. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	55
3.3.1. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	55
3.3.2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	55
3.4. TÉCNICA PARA EL PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	55
3.4.1. TÉCNICA PARA EL PROCESAMIENTO DE DATOS.....	55
3.4.2. TÉCNICA PARA ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	55
CAPÍTULO IV.....	57
RESULTADOS	57
4.1. PROCESAMIENTO DE DATOS DESCRIPTIVOS	57
4.1.1. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LA VARIABLE DE SUPERVISIÓN DIAGNÓSTICA.....	57

4.1.2. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LAS CARACTERÍSTICAS GENERALES DEMOGRÁFICAS.....	58
4.1.3. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LAS CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS.....	64
4.2. PROCESAMIENTO DE DATOS INFERENCIALES	76
4.2.1. PRUEBAS DE NORMALIDAD.....	76
4.2.2. CONTRASTACIÓN Y PRUEBA DE HIPÓTESIS	78
CAPÍTULO V.....	81
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	81
5.1. CONTRASTACIÓN DE RESULTADOS	81
CONCLUSIONES	84
RECOMENDACIONES.....	86
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
ANEXOS	95

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución según el diagnóstico que obtuvieron las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024.....	57
Tabla 2. Distribución de edad de las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024.....	58
Tabla 3. Distribución del grado de instrucción de las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024.....	59
Tabla 4. Distribución del estado civil de las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024.....	60
Tabla 5. Distribución de religión de las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024.....	61
Tabla 6. Distribución de ocupación de las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024.....	62
Tabla 7. Distribución de procedencia de las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024.....	63
Tabla 8. Distribución de paridad de las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024.....	64
Tabla 9. Distribución del periodo intergenésico de las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024.....	65
Tabla 10. Distribución de ruptura prematura de membranas de las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024.....	66
Tabla 11. Distribución de la enfermedad hipertensiva del embarazo en puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024	67
Tabla 12. Distribución de antecedente de cesárea en puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024.....	68
Tabla 13. Distribución de antecedente de aborto en puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024.....	69
Tabla 14. Distribución de la duración del parto en puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024.....	70
Tabla 15. Distribución del tipo de parto en puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024.....	71

Tabla 16. Distribución de algunas complicaciones del parto en puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024	72
Tabla 17. Distribución de modalidad de alumbramiento de las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024	73
Tabla 18. Distribución del tiempo de duración del alumbramiento de las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024	74
Tabla 19. Distribución del tipo de alumbramiento de las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024	75
Tabla 20. Prueba de normalidad para las características obstétricas anteparto en puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024	76
Tabla 21. Prueba de normalidad para las características obstétricas durante el parto en puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024	76
Tabla 22. Prueba de normalidad para las características obstétricas postparto en puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024	76
Tabla 23. Estadísticos no paramétricos para las características obstétricas anteparto en puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024	78
Tabla 24. Estadísticos no paramétricos para las características obstétricas durante el parto en puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024	79
Tabla 25. Estadísticos no paramétricos para las características obstétricas postparto en puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024	80

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución según el diagnóstico que obtuvieron las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024.....	57
Figura 2. Distribución de edad de las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024.....	58
Figura 3. Distribución del grado de instrucción de las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024.....	59
Figura 4. Distribución del estado civil de las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024.....	60
Figura 5. Distribución de religión de las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024.....	61
Figura 6. Distribución de ocupación de las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024.....	62
Figura 7. Distribución de procedencia de las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024.....	63
Figura 8. Distribución de paridad de las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024.....	64
Figura 9. Distribución del periodo intergenésico de las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024.....	65
Figura 10. Distribución de ruptura prematura de membranas de las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024.....	66
Figura 11. Distribución de la enfermedad hipertensiva del embarazo en puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024	67
Figura 12. Distribución de antecedente de cesárea en puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024.....	68
Figura 13. Distribución de antecedente de aborto en puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024.....	69
Figura 14. Distribución de la duración del parto en puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024.....	70
Figura 15. Distribución del tipo de parto en puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024.....	71

Figura 16. Distribución de algunas complicaciones del parto en puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024.....	72
Figura 17. Distribución de modalidad de alumbramiento de las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024.....	73
Figura 18. Distribución del tiempo de duración del alumbramiento de las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024	74
Figura 19. Distribución del tipo de alumbramiento de las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024.....	75

RESUMEN

Objetivo. Determinar la relación entre las características obstétricas y la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2024. **Método.** Estudio observacional, transversal, prospectivo, cuantitativo, de nivel relacional y diseño no experimental correlacional. La muestra estuvo conformada por 80 puérperas, utilizando una ficha de recolección de datos. **Resultados.** Dentro de la parte demográfica, la mayoría de las puérperas con diagnóstico definitivo y presuntivo tenía entre 22 y 30 años (42.1% y 47.8%) y educación secundaria (57.9% y 60.9%). Predominó la convivencia en pareja (61.4% y 56.5%), la religión católica (71.9% y 91.3%), la ocupación en labores del hogar (86.0% y 78.3%) y la procedencia rural (77.2% y 78.3%). El análisis inferencial mostró que las características obstétricas anteparto e intraparto no se asociaron significativamente con la retención de restos placentarios ($p > 0.05$). En el anteparto, la paridad ($p=0.668$), el periodo intergenésico ($p=0.778$), la ruptura prematura de membranas ($p=0.404$), la enfermedad hipertensiva ($p=0.553$), el antecedente de cesárea ($p=0.667$) y aborto ($p=0.376$) no presentaron relación. En el intraparto, la duración del parto ($p=0.580$), el tipo de parto ($p=1.000$) y las complicaciones ($p=0.435$) tampoco fueron significativas. En el postparto, solo la modalidad de alumbramiento se asoció con la retención de restos placentarios ($p=0.000$), mientras que el tiempo ($p=0.640$) y el tipo de alumbramiento ($p=0.417$) no mostraron relación. **Conclusión.** La modalidad de alumbramiento fue la única característica obstétrica postparto con asociación significativa.

Palabras clave. Puerperio, intraparto, postparto, primiparidad, retención de la placenta.

ABSTRACT

Objective. To determine the relationship between obstetric characteristics and retained placental tissue in postpartum women at Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco, 2024. **Method.** Observational, cross-sectional, prospective, quantitative study with a relational level and a non-experimental correlational design. The sample consisted of 80 postpartum women, using a data collection form. **Results.** In the demographic analysis, most postpartum women with definitive and presumptive diagnoses were between 22 and 30 years old (42.1% and 47.8%) and had secondary education (57.9% and 60.9%). Cohabitation (61.4% and 56.5%), Catholic religion (71.9% and 91.3%), homemaking as an occupation (86.0% and 78.3%), and rural origin (77.2% and 78.3%) were predominant. Inferential analysis showed that antepartum and intrapartum obstetric characteristics were not significantly associated with retained placental tissue ($p > 0.05$). In the antepartum period, parity ($p=0.668$), intergenetic period ($p=0.778$), premature rupture of membranes ($p=0.404$), hypertensive disease ($p=0.553$), history of cesarean section ($p=0.667$), and abortion ($p=0.376$) showed no association. Similarly, in the intrapartum period, labor duration ($p=0.580$), type of delivery ($p=1.000$), and complications ($p=0.435$) were not significant. In the postpartum period, only the mode of placental delivery was associated with retained placental tissue ($p=0.000$), while delivery time ($p=0.640$) and type of placental delivery ($p=0.417$) showed no relationship. **Conclusion.** The mode of placental delivery was the only postpartum obstetric characteristic with a significant association.

Keywords. Puerperium, intrapartum, postpartum, primiparity, placental retention.

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna es un indicador crucial de la calidad del sistema de salud y del acceso a la atención médica. Las principales causas de mortalidad materna incluyen hemorragias graves, infecciones, complicaciones hipertensivas y abortos inseguros. En este contexto, la retención de restos placentarios es una de las complicaciones obstétricas más relevantes, ya que puede conducir a hemorragia posparto, sepsis y shock séptico, incrementando significativamente la morbilidad y mortalidad maternas.

En el Perú, la mortalidad materna ha mostrado fluctuaciones en los últimos años, con un incremento durante la pandemia de COVID-19. Las disparidades geográficas y socioeconómicas también influyen en estos indicadores, siendo las regiones rurales las más afectadas. En el Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, la retención de restos placentarios representa un problema de salud relevante, cuyas características obstétricas asociadas no han sido estudiadas recientemente, lo que justifica la realización de esta investigación.

La presente investigación busca responder a la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las características obstétricas asociadas con la retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, 2024? El estudio tiene como objetivo determinar la relación entre las características obstétricas y la retención de restos placentarios en estas pacientes. Este estudio es de diseño observacional, transversal, prospectivo, cuantitativo, de nivel relacional y no experimental correlacional. Se trabajó con una muestra de 80 puérperas, utilizando una ficha de recolección de datos. Las fuentes de información incluyeron revistas científicas, artículos y libros especializados.

Dentro de las limitaciones encontradas se destacan la calidad variable de los registros médicos, la posible influencia de variaciones en los procedimientos clínicos, la falta de información completa en algunas historias clínicas y la restricción del estudio a un solo año académico. Además, aunque existen investigaciones previas sobre el tema, muchas de ellas están desactualizadas.

La estructura de la investigación abarca la descripción del problema, la revisión teórica sobre la retención de restos placentarios y sus factores asociados, la metodología empleada, la presentación y análisis de los resultados, y finalmente las conclusiones y recomendaciones basadas en los hallazgos obtenidos.

Se concluye que, de las características obstétricas evaluadas, la modalidad de alumbramiento fue la única variable postparto con una asociación significativa con la retención de restos placentarios. Estos hallazgos resaltan la importancia de una vigilancia obstétrica adecuada y la implementación de estrategias preventivas para reducir el riesgo de complicaciones maternas.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Cuando una mujer muere durante el embarazo, el parto o el puerperio (los 42 días posteriores a la finalización del embarazo), se habla de mortalidad materna. Las causas accidentales o involuntarias no se incluyen en esta definición. No sólo es un signo vital de lo bien que funcionan los sistemas sanitarios, sino que también muestra las diferencias en la forma en que las personas pueden obtener asistencia sanitaria y lo bien que el sistema puede gestionar los tratamientos urgentes y necesarios ⁽¹⁾. La mortalidad materna también se considera una violación de los derechos humanos, ya que, en muchas zonas del planeta, la preeclampsia y la eclampsia, las infecciones, las hemorragias graves, los problemas durante el parto y los abortos chapuceros son las principales causas de muerte materna ⁽¹⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que la tasa de mortalidad materna es demasiado alta. Aproximadamente 830 mujeres fallecen cada día en todo el mundo por problemas relacionados con el embarazo o el parto ⁽²⁾.

Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), cada dos minutos muere una mujer durante el embarazo o el parto ⁽³⁾, en 2020, casi el 70% de todas las muertes maternas se produjeron en el África subsahariana ⁽⁴⁾.

Aproximadamente 287 000 mujeres perdieron la vida durante el embarazo o el parto en 2020. Aquí se utilizan las regiones y subregiones de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). De las muertes maternas previstas en todo el mundo en 2020, África subsahariana y Asia meridional representaron alrededor del 87% (253 000 y subiendo). Aproximadamente el 70% de ellas se produjeron solo en el África subsahariana (202 000), mientras que en Asia meridional se registraron aproximadamente el 16% (47 000) ⁽⁵⁾.

Simultáneamente, entre 2000 y 2020, la tasa de mortalidad materna disminuyó en general en mayor medida en Europa del Este (de 38 a 11) y Asia Meridional (67%, de 408 a 134), respectivamente ⁽⁵⁾.

La hemorragia posparto se define como la presencia de material placentario retenido ⁽⁶⁾.

Es un síndrome relacionado con el embarazo cuando parte de la placenta permanece en el útero después del parto. Debido a una retracción inadecuada del músculo uterino, este trastorno puede dar lugar a subinvolución del lecho placentario, infecciones (endometritis) y hemorragia posparto ^{(7) (8)}.

Alrededor del 80% de las muertes por hemorragia materna están directamente relacionadas con problemas obstétricos, es decir, se producen durante el parto y el puerperio. La retención de restos placentarios, que se produce en el 75% de los casos de puerperio patológico, es la afección más común que conduce a la hemorragia posparto. Sin embargo, dado que puede conducir a sepsis y shock séptico, los restos placentarios retenidos son uno de los problemas obstétricos que todavía aumentan significativamente la morbilidad y la muerte maternas ⁽⁹⁾.

Con 302 muertes, el año 2019 tuvo el menor número de muertes maternas reportadas en el Perú. Las muertes maternas durante la pandemia de COVID-19 aumentaron a 439 en 2020 y 493 en 2021, según las estadísticas de vigilancia epidemiológica del MINSA ⁽¹⁰⁾.

Sin embargo, las graves disparidades del país por grupo demográfico y territorio repercuten en la mortalidad materna. Las regiones noreste y sur andina tienen las tasas más altas de mortalidad materna, junto con las zonas rurales. Estas zonas también tienen mayores tasas de pobreza, mayor desigualdad en el acceso a los servicios y menores tasas de participación de las mujeres en los procesos de toma de decisiones sobre temas que tienen un impacto significativo sobre ellas, como su salud sexual y reproductiva ⁽¹⁰⁾.

Las pacientes con antecedentes de retraso del crecimiento intrauterino, síntomas hipertensivos del embarazo o prematuridad tienen más probabilidades de retener restos placentarios ⁽¹¹⁾.

Esto significa que la hemorragia posparto y la retención de restos placentarios están relacionadas. Las causas de la hemorragia posparto incluyen la atonía uterina, los traumatismos y laceraciones, los productos de la concepción retenidos y las anomalías de la coagulación. Las cuatro "T" son una forma fácil de recordar lo siguiente: tono (atonía uterina), tejido (retención de productos de la concepción), traumatismo (lesiones del canal genital) y trombina (problemas de coagulación) ⁽¹²⁾.

La retención de fragmentos placentarios puede verse favorecida por técnicas de parto inadecuadas, como la aplicación de demasiada presión sobre el fondo uterino o la tracción del cordón umbilical; sin embargo, también puede producirse como resultado de una fijación aberrante en el útero. Los antecedentes de parto por cesárea son el factor de riesgo obstétrico más importante para la retención de restos placentarios. El legrado, la multiparidad, los fibromas submucosos y las anomalías uterinas son otros factores de riesgo potenciales ⁽¹³⁾.

Por su parte, el estudio desarrollado por Moreyra y Torres, ⁽¹⁴⁾ en el Hospital de Apoyo de Cangallo reportó una prevalencia del 7.8% de retención de restos placentarios en un total de 17,053 parturientas. Asimismo, se halló una incidencia del 32% durante el periodo comprendido entre 2016 y 2018. Según Soto Chuquicahua, ⁽¹⁵⁾ en otro estudio, encontró que la retención de tejido placentario y membranas de la placenta es la causa del 5 al 10% de las hemorragias posparto, generando un riesgo serio en la atención de la misma.

Por otro lado, el caso descrito de una paciente de 24 años, secundigesta, que presentó una complicación de retención placentaria de una hora durante el tercer periodo del parto, ocurrido en un centro de salud de nivel I-4, ejemplifica cómo la falta de manejo adecuado puede derivar en complicaciones graves. A pesar de dos intentos de extracción manual de la placenta, se obtuvo una placenta incompleta, lo que provocó un sangrado uterino de aproximadamente 1800 ml, evidenciando la importancia de una intervención oportuna y de la capacidad adecuada en los centros de salud para enfrentar situaciones de emergencia ⁽¹⁶⁾.

A nivel local, en el Hospital Tingo María, se realizó un estudio con 172 puérperas que presentaron retención de restos placentarios. Los resultados revelaron que esta retención se relacionó con características del parto actual, como el líquido amniótico y las distocias de contracción. También se encontró una correlación con las características de la placenta, como el tipo de desprendimiento placentario y variaciones en tipos y formas de placenta. Además, los antecedentes de retención placentaria previa fueron identificados como un factor de riesgo importante, reflejando una gran problemática ⁽¹⁷⁾.

En esa misma línea, según Barzola Cochachi y Pozo Hilario ⁽¹⁸⁾, la proporción de puérperas con retención de restos placentarios atendidas en el

Centro de Salud La Unión, en Huánuco, fue de 15.2%, lo cual refuerza la presencia significativa de esta complicación obstétrica en el contexto regional.

Además, la retención de restos placentarios en puérperas constituye un evento clínico de relevancia en la práctica obstétrica, debido a su asociación directa con complicaciones hemorrágicas y morbilidad materna ⁽¹⁹⁾. Su ocurrencia no solo está vinculada a factores anatómicos o funcionales del útero, sino también a la calidad de la atención intraparto y postparto. Desde una perspectiva teórica, se concibe como una alteración del proceso fisiológico del alumbramiento ⁽²⁰⁾, influenciada por múltiples variables gineco-obstétricas que aún requieren mayor claridad y sistematización en la literatura científica.

Si bien el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, no se cuenta con investigaciones recientes que documenten de manera sistemática dicho problema, a pesar de ser una complicación obstétrica de relevancia clínica por su asociación con la morbilidad materna inmediata. Esta ausencia de información actualizada limita el conocimiento sobre las características de las pacientes afectadas. Ante esta situación, se plantea la necesidad de describir dichas características con el fin de fortalecer las estrategias de prevención y mejorar el abordaje oportuno de esta complicación en el contexto hospitalario.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son las características obstétricas asociadas con la retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, 2024?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

P₁: ¿Qué características obstétricas anteparto están relacionadas con la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2024?

P₂: ¿Qué características obstétricas durante el parto están relacionadas con la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2024?

P₃: ¿Cuáles son las características obstétricas postparto asociados con la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2024?

P4: ¿Cuáles son las características demográficas de las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2024?

1.3. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre las características obstétricas y la retención de restos placentarios en las puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2024

1.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

O₁: Identificar las características obstétricas anteparto y su relación a la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2024

O₂: Identificar las características obstétricas durante el parto y su relación a la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2024

O₃: Identificar las características obstétricas postparto y su relación a la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2024

O₄: Describir las características demográficas de las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2024

1.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

Basado en un enfoque cuantitativo, relacional, descriptivo, se utilizó una muestra representativa de las puérperas que acudieron al Hospital Hermilio Valdizán Medrano en el año 2024. En ese sentido, se evaluó las historias clínicas para obtener información precisa y útil.

1.5.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

El estudio proporciona información precisa y actualizada sobre los rasgos obstétricos que aumentan el riesgo de retención de restos placentarios, beneficiando a los profesionales de la salud al ofrecerles resultados que mejoren la atención a las pacientes y permitan implementar medidas preventivas durante el parto y el puerperio precoz.

1.5.3. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

La hemorragia posparto y otras consecuencias importantes pueden deberse a la retención de restos placentarios, que es un problema obstétrico importante. Al identificar y caracterizar las variables

obstétricas particulares que aumentan el riesgo de esta enfermedad, esta investigación cierra una brecha en el cuerpo de información teórica presente en la literatura.

1.5.4. JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA

En la investigación se utilizaron procedimientos científicos estrictos para garantizar la exactitud y coherencia de los resultados. Al señalar determinadas variables de riesgo, el estudio proporciona información empírica que podrá utilizarse para generar más datos clínicos y, a su vez, mejorar los resultados del tratamiento, disminuyendo en última instancia la frecuencia de los restos placentarios retenidos y sus consecuencias conexas.

1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

- La calidad de los registros médicos de las historias clínicas influyó en la exactitud de los datos.
- Las variaciones en los procedimientos médicos influyeron en los resultados.
- Es posible que no se hayan observado todos los cambios potenciales a lo largo del periodo de investigación.
- Algunas historias clínicas no estuvieron completas.
- Se limitó a un único año académico.
- Aunque existen investigaciones sobre el tema, muchas de ellas estuvieron desfasadas.

1.7. VIABILIDADES DE LA INVESTIGACIÓN

- El hospital cuenta con un sólido sistema de registro.
- El hospital apoyó este estudio y mostró interés en él.
- La práctica clínica se beneficiará inmediatamente de los resultados.
- Un equipo de investigación experimentado y dedicado actuaron como revisores y consultores.
- El hospital dispuso del equipo necesario para realizar el estudio.
- Se dispuso de dinero y suministros suficientes para completar la investigación.
- La recogida de datos se mejoró utilizando una base de datos ya existente.
- Tanto las autoridades sanitarias como los profesionales médicos estuvieron interesados en este tema.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES A NIVEL INTERNACIONAL

Irak (2019), Abdulrahman y Alaf, ⁽²¹⁾ **“Prevalencia de placenta retenida y su correlación con las características demográficas maternas”**, destaca los antecedentes y objetivos del artículo, mencionando que la retención de la placenta puede ser un acontecimiento potencialmente mortal y que se cree que está relacionada con ciertos rasgos demográficos de las madres. El objetivo de esta investigación era estudiar la frecuencia de la retención de placenta en mujeres embarazadas y su relación con los rasgos demográficos de la madre. La investigación utilizó una metodología de casos y controles, examinando una muestra de 65 mujeres que visitaron el departamento de partos del Hospital de Maternidad de la Universidad de Erbil entre junio de 2017 y julio de 2018 y 65 mujeres que no tuvieron retención de placenta. La información requerida sobre la historia obstétrica, los resultados del examen general, los signos vitales y las características obstétricas y demográficas de las participantes se recopiló mediante un cuestionario especialmente creado. La mayoría de los casos de retención placentaria se produjeron a partir de los 35 años. Además, había notables disparidades entre los dos grupos en cuanto al parto prematuro: el 10% del grupo de control y el 29% de las mujeres con placenta retenida lo tuvieron. Los resultados también mostraron que, si bien había diferencias significativas entre los grupos en cuanto a la edad gestacional, los antecedentes de placenta retenida, el parto pretérmino, la dilatación y legrado, los embarazos gemelares, los niveles de hemoglobina al ingreso y 24 horas después, la anemia postparto y estos factores, también había diferencias significativas en cuanto a la paridad, la edad y la anemia postparto. concluyendo que los casos con partos pretérmino y pos término, así como los antecedentes de placenta retenida, son factores de riesgo de placenta retenida y deben evaluarse cuidadosamente.

Ecuador (2020), Gonzales, ⁽²²⁾ **“Factores asociados a hemorragia posparto primaria en las pacientes atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso, 2019”**, explica los antecedentes de que la Hemorragia Postparto Primaria (HPP), que afecta sobre todo a las naciones subdesarrolladas, es la mayor causa de morbilidad y muerte materna en el mundo. El objetivo fue identificar las variables de riesgo de HPP en las pacientes que acudieron al Hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2019. Para cuantificar el riesgo de HPP primaria se aplicó la OR, IC 95% y Chi2 ($p < 0,05$) a un estudio analítico de casos y controles, compuesto por 120 casos de HPP y 120 controles elegidos por muestreo probabilístico. Los datos se recogieron mediante un formulario de recogida de datos y se presentaron en tablas simples y de contingencia. Se siguieron todos los protocolos bioéticos para el estudio de seres humanos. Los resultados demostraron que había diferencias estadísticamente significativas en la cuantificación de la pérdida de sangre entre los grupos; la comorbilidad más frecuente era la obesidad y el sobrepeso, con un 70,83%. Las mujeres adultas jóvenes eran más frecuentes en ambos grupos, con un 45% y un 40,3% para casos y controles, respectivamente. La atonía uterina (OR 61,6; IC 95% 26,8 - 141,6; $p = 0,00$), la conducción del parto (OR 2,9; IC 95% 1,6 - 5,3; $p = 0,00$) y los restos de placenta residual (OR 9,7; IC 95% 2,4 - 38,6; $p = 0,00$) fueron las variables vinculadas a una conexión estadística con la HPP. Se concluyó que la atonía uterina, los restos de placenta retenidos y la conducción del parto -todos ellos factores de riesgo muy impactantes y controlables- estaban relacionados con la HPP.

Suiza (2021), Franke et al, ⁽²³⁾ **“Placenta retenida y hemorragia posparto: el tiempo no lo es todo”**, afirma, objetivamente, que la hemorragia posparto es la principal causa mundial de muerte materna. Alrededor del 20% de los casos graves se deben a la retención de placenta. Se analizó cómo la dinámica de la hemorragia posparto se veía afectada por el factor tiempo y la causa de la placenta retenida. Métodos: En este análisis retrospectivo se examinó una cohorte de un solo centro de 296 mujeres con placentas retenidas. Se utilizó un método preciso y probado basado en bolsas de extracción de sangre calibradas para

evaluar la pérdida de sangre, con la reducción de la hemoglobina posparto y ante parto como apoyo adicional. Mediante la correlación de rangos de Spearman, se evaluó la asociación entre estas dos medidas de pérdida de sangre y la duración de la tercera fase del parto. A continuación, se realizó un análisis de subgrupos basado en la duración de la tercera fase y la causa de la placenta retenida. El análisis de correlación mostró que no había relación entre la duración de la tercera fase y el descenso de hemoglobina o la pérdida de sangre observados. Un aumento notable de la atonía uterina ($p = 0,001$) y de la necesidad de transfusión sanguínea ($p = 0,006$) se relacionó con una tercera fase que duró menos de 60 minutos. La mayor reducción de hemoglobina ($p < 0,001$), la mayor pérdida de sangre medida ($p < 0,001$), la hemorragia posparto ($p = 0,048$) y la necesidad de transfusión sanguínea ($p < 0,001$) se correlacionaron sustancialmente con la atonía uterina. Conclusiones: En las mujeres que han retenido la placenta, la pérdida de sangre posparto no se corresponde con la duración de la tercera etapa. Según nuestros resultados, no existe una ventana de tiempo segura antes de la hemorragia posparto, ni tampoco se justifica un punto de corte precoz para la extracción manual de la placenta. El tratamiento de la hemorragia posparto depende en gran medida del diagnóstico precoz de la atonía uterina y de la pronta creación de las condiciones necesarias para la extracción manual de la placenta.

Italia (2021), Favilli, ⁽²⁴⁾ **“Factores de riesgo de retención de placenta no adherente después del parto vaginal: una revisión sistemática”**, indica que entre el 0,5 y el 3% de todos los partos vaginales están afectados por placentas retenidas, que son una fuente de morbilidad y muerte materna. Resulta difícil crear técnicas predictivas y preventivas que puedan utilizarse en la práctica clínica debido a la naturaleza impredecible de este trastorno. Para este problema obstétrico, se reunieron y examinaron todos los factores de riesgo conocidos. Parte de la metodología consistió en un examen exhaustivo de todas las publicaciones de investigación originales publicadas entre 1990 y 2020. Se consideraron aceptables los estudios observacionales en lengua inglesa sobre los factores de riesgo de la placenta retenida.

No se incluyeron los resúmenes de congresos, los trabajos no localizables ni las investigaciones sobre placentas mórbidamente adheridas. El diseño de la investigación, el número de pacientes incluidas y las variables de riesgo de placenta retenida se determinaron mediante el cribado de los trabajos incluidos. En cada paso de la revisión se cumplió la declaración de Elementos de Información Preferidos para Revisiones Sistemáticas y Metanálisis (PRISMA). Se encontraron 35 estudios que cumplían los criterios de inclusión. Se observó que la prevalencia de placenta retenida oscilaba entre el 0,5% y el 4,8%. Se demostró que los factores de riesgo independientes más frecuentes de placenta retenida eran la edad materna, la cesárea previa, la dilatación y legrado previos, la placenta previa retenida y la inducción del parto. La entometriosis, el uso previo de medicación estrogénica, los rasgos morfológicos de la placenta (peso, forma, localización de la implantación e inserción del cordón umbilical), la puntuación de Apgar y las tecnologías de reproducción asistida son factores de riesgo fascinantes para la nueva estrategia. determinando que ni las pruebas nuevas ni las antiguas son lo bastante fiables como para proporcionar una decisión definitiva. Para arrojar luz sobre esta cuestión potencialmente grave y posiblemente mortal, se necesitan estudios prospectivos y bien planificados que se basen en una definición internacionalmente reconocida de placenta retenida.

China (2021), Liu et al, ⁽²⁵⁾ **“Prevalencia y factores de riesgo de hemorragia posparto grave: un estudio de cohorte retrospectivo”**, como telón de fondo, la morbilidad relacionada con la hemorragia posparto grave (HPPG) sigue siendo un problema importante, aunque las muertes maternas sean poco frecuentes en los países industrializados. Examinamos los datos de las mujeres que dieron a luz en el Centro Médico para Embarazadas Críticas de Guangzhou, que trató a un número significativo de pacientes obstétricas en estado crítico que fueron trasladadas desde otros hospitales del sur de China, con el fin de determinar la incidencia y los factores de riesgo de la HPPP. Para determinar la prevalencia y los factores de riesgo de SPPH entre una cohorte de mujeres que dieron a luz después de 28 semanas de

gestación entre enero de 2015 y agosto de 2019, se utilizó como metodología una investigación retrospectiva de casos y controles. Un análisis de sangre que se estimó se denominó SPPH. menos de 1000 mililitros y cuatro unidades de transfusión de sangre total. Mediante un análisis de regresión logística, se hallaron variables de riesgo independientes para la SPPH. De las 34.178 madres de la población, 532 (1,56%) tenían SPPH, según los resultados. La atonía uterina sin retención concomitante de tejido placentario representó el 38,91% de los casos de síndrome de hemorragia posparto (SPPH), siendo las dificultades relacionadas con la placenta la causa de la mayoría de los casos (55,83%). La edad materna < 18 años (OR ajustada [aOR] = 11,52; IC 95%: 1,51-87,62), los antecedentes de hemorragia posparto (aOR = 2,57; IC 95%: 1,90-3,47) y la cesárea previa (aOR = 2,57; IC 95%: 1,90-3,47) fueron factores de riesgo del SHPP. (aOR = 4,94; IC 95%: 2,63-9,29), concepción por fecundación in vitro (aOR = 1,78; IC 95%: 1,31-2,43), anemia ante parto (aOR = 2,37; IC 95%: 1,88-3,00), muerte fetal (aOR = 2,61; IC 95%: 1,02-6,69), parto prolongado (aOR = 5,24; IC 95%: 3. 10-8,86), placenta previa (aOR = 9,75; IC 95%: 7,45-12,75), desprendimiento prematuro de placenta (aOR = 3,85; IC 95%: 1,91-7,76), espectro de acretismo placentario (aOR = 8,00; IC 95%: 6,20-10,33) y macrosomía (aOR = 2,30; IC 95%: 1,38-3,83). Las siguientes variables resultaron ser factores de riesgo del síndrome de hemoglobina posparto (SHPP): anemia ante parto, mortalidad fetal, antecedentes de parto prematuro, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, PAS, macrosomía y edad materna < 18 años. Con el fin de detectar a las mujeres que presentan factores de riesgo y permitir un tratamiento precoz para evitar la hemorragia posparto, es necesario un mayor seguimiento durante las fases prenatal y periparto.

Ecuador (2021), Ponce et al, ⁽²⁶⁾ **“Manejo de la hemorragia severa post-parto por atonía uterina”**, explica que una de las tres principales causas de muerte materna en todo el mundo y una de las complicaciones obstétricas más temidas es la hemorragia posparto. La pérdida de sangre durante el parto vaginal o tras una cesárea superior a 500 mililitros es la definición aceptada. La hemorragia que se produce en las

primeras 24 horas después del parto se conoce como hemorragia postparto precoz (HPP) y suele ser la peor. La atonía uterina es la causa más frecuente de HPP, aunque también pueden producirse traumatismos o laceraciones, retención de productos de la concepción y problemas de coagulación. El diagnóstico es clínico y el tratamiento debe incluir tanto intervenciones etiológicas más específicas como medidas generales de soporte vital. Afortunadamente, si se sigue un plan suficiente de prevención activa y sistemática durante todo el periodo de cada parto, éste puede evitarse en la mayoría de los casos.

2.1.2. ANTECEDENTES A NIVEL NACIONAL

Huancayo (2019), Villazana, ⁽²⁷⁾ **“Características de puérperas con retención de restos placentarios atendidas en el Centro de Salud de Chilca 2019”**, indica que el objetivo de este estudio fue evaluar los rasgos más comunes de los restos placentarios que se mantenían en las puérperas del Centro de Salud Chilca 2019. Se realizó un estudio descriptivo a nivel básico, retrospectivo, transversal y retrospectivo con una población de 1250 puérperas. La muestra estuvo constituida por 150 puérperas que presentaron retención de restos placentarios, elegidas en base a criterios de inclusión y exclusión, y recolectadas utilizando como instrumento el formulario de recolección de datos. El análisis estadístico univariante se derivó del programa SPSS V.23. Multiparidad (44%), periodo intergesical normal (41,33%) y antecedentes de aborto (62,67%) fueron los resultados de las características preparto. La duración del trabajo de parto normal (45,33%) fue el resultado para el trabajo de parto durante el parto. El modo de parto Duncan (64%), la duración del parto < 15 minutos (72%) y el tipo de parto dirigido (64%) fueron los resultados de las características posparto. Finalmente, se determinó que la multiparidad, la RPM, el antecedente de abortos, el parto normal, la forma de presentación de la placenta Duncan y el parto dirigido fueron las variables más comunes entre las puérperas con restos de placenta retenida en el Centro de Salud Chilca 2019.

Lima (2019), Lupaca, ⁽²⁸⁾ **“Características generales de puérperas inmediatas con hemorragia post parto en el Hospital Félix Mayorca Soto año 2019”**, explica que el objetivo fue determinar

las características comunes de las puérperas inmediatas con hemorragia en el Hospital Félix Mayorca Soto en 2019. La investigación utilizó un enfoque transversal, observacional, descriptivo y retrospectivo e incluyó a 60 mujeres que habían sido diagnosticadas con hemorragia postparto inmediatamente después de dar a luz. Se utilizó un formulario de recogida de datos junto con el enfoque observacional de revisión documental. Para examinar los datos se utilizaron estadísticas descriptivas, como frecuencias absolutas y relativas. Los atributos sociodemográficos de las puérperas incluían pertenecer a una región urbana (71,7%), cohabitar (78,3%), tener estudios secundarios (55%) y tener entre 18 y 34 años (83,3%). Además, las características ante parto incluían anemia (23,3%), antecedentes de cesárea (10%), multíparas (45%) y más de seis NPC (78,3%). Del mismo modo, las características posparto incluían: ausencia de restos placentarios retenidos (65%), ausencia de cambios en la coagulación (100%), expulsivo prolongado (6,7%), atonía uterina (10%), trabajo de parto adecuado (85%), parto vaginal (96,7%) y ausencia de conducción del parto (100%). Anemia, multiparidad, trabajo de parto adecuado, parto vaginal, restos placentarios retenidos, cohabitación, vivir en una zona urbana, edad entre 18 y 35 años, educación secundaria y cohabitación fueron las características sociodemográficas, ante parto e intraparto de las puérperas inmediatas con hemorragia posparto.

Ica (2019), Rojas y De la Cruz, ⁽²⁹⁾ **“Relación entre alumbramiento incompleto y factores obstétricos en gestantes atendidas en el Hospital Santa María Del Socorro, 2019”**, este estudio utilizó un diseño no experimental, metodología de tipo básico, nivel descriptivo, y 51 puérperas con partos incompletos como muestra. Los resultados mostraron que 60 gestantes acudieron al Hospital Santa María del Socorro en el año 2019 y que la relación entre partos incompletos y factores obstétricos estuvo relacionada con estos factores. Los hallazgos revelaron que entre las gestantes que acudieron al Hospital Santa María del Socorro en 2019, el 76,5% eran multíparas, habiendo tenido de dos a cinco partos; el 51% tenía antecedente de legrado; y el 41,2% había tenido cesárea. Estos hallazgos sugieren una

correlación significativa entre el parto incompleto y los factores obstétricos. De ellas, el 60,8% tenían retención de membranas y el 39,2%, retención de placenta.

Huancavelica (2020), Cabrera, ⁽³⁰⁾ **“Características del parto en puérperas con retención de restos placentarios atendidos en el centro de salud Churcampa en el año 2020”**, tiene como objetivo determinar las características obstétricas y del parto de las puérperas que se atienden en el establecimiento de salud de Churcampa en el año 2020 y que presentan retención de restos placentarios. Se utilizaron métodos de investigación transversales, retrospectivos y descriptivos. El enfoque fue un diseño descriptivo directo mediante inducción. El grupo estuvo constituido por todas las puérperas que entre enero y diciembre del 2020 acudieron al establecimiento de salud Churcampa del distrito y provincia de Churcampa en la zona de Huancavelica y que tenían restos placentarios conservados; los datos estadísticos muestran que fueron 51 puérperas en total. Fue una muestra censal. El formulario de recolección de datos sirvió como instrumento y el análisis documental como enfoque. Según los datos, el 23,5% de las puérperas con restos placentarios retenidos eran menores de 18 años, el 37,3% tenían entre 19 y 26 años y el 29,4% entre 27 y 34 años. El 74,5% recibió seis o más visitas prenatales. El 45,1% de la población era nulípara, el 19,6% primípara y el 31,4% multípara. Por ser primigestas, el 39,2% no tenía período intergestacional (PIG), el 35,3% tenía un PIG inferior a 18 meses y el 19,6% tenía un PIG de entre 18 y 60 meses. El 2% tenía antecedentes de muchos embarazos y mortalidad fetal, y el 21,6%, de aborto y legrado uterino. La rotura prematura de membranas (9,8%), la preeclampsia (7,8%), la placenta de baja inserción, el embarazo prolongado y el polihidramnios (2% cada uno) figuraban entre el 23,5% de dificultades obstétricas de las madres a lo largo del embarazo. Todas tuvieron un parto a término. El 96,1% de los partos fueron espontáneos. Un parto en casa (2%), un parto prolongado (3,9%), un bucle de cordón umbilical (3,9%) y un parto precipitado (25,5%) se encontraban entre el 35,3% de problemas obstétricos que se identificaron en el momento del parto. Se practicó una episiotomía durante el parto vaginal en el 43,1% de los

casos. En el momento del parto, el 31,4% de los bebés sufrieron desgarros perineales. El 92% de los partos fueron dirigidos. En cuanto a la duración del parto, en el 80,4% de los casos duró menos de 11 minutos. En el 68,6% de los casos se produjo un desprendimiento de placenta de Schultz. Se observó que las madres eran jóvenes, nulíparas, primíparas, entre 6 y más APN, con antecedentes de aborto, legrado uterino, complicaciones como rotura prematura de membranas, preeclampsia y partos vaginales a término espontáneos y sin necesidad de episiotomía; una de cada tres tuvo un parto precipitado. La mayoría presentó desprendimiento de placenta de tipo Schultz, y la mayoría tuvo partos guiados de duración inferior a 11 minutos.

Lima (2020), Sánchez, ⁽³¹⁾ **“Factores asociados a la hemorragia postparto en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2020”**, con el objetivo de identificar las variables de riesgo de hemorragia posparto en mujeres que han dado a luz y fueron atendidas en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en el año 2020. La metodología del estudio fue la investigación transversal analítica retrospectiva con un diseño no experimental de casos y controles. La muestra estuvo constituida por 406 mujeres que acababan de dar a luz; 203 fueron casos y 203 controles. Según los resultados, la edad ($p=0,009$) y la ocupación ($p=0,021$) fueron las variables sociodemográficas que se correlacionaron significativamente con la hemorragia posparto ($OR=1,9$ y $2,4$, respectivamente). Embarazadas no controladas ($0,000$) ($OR=4,1$), multigestación ($0,016$) ($OR=3,5$), anemia durante el embarazo ($0,012$) ($OR=2,2$), parto por cesárea ($0,001$) ($OR=5,2$), parto prolongado ($0,000$) ($OR=6,8$), restos placentarios retenidos ($0,022$) ($OR=4,2$), rotura uterina ($0,000$) ($OR=3,3$), atonía uterina ($0,014$) ($OR=5,4$), desgarro perineal ($0,000$) ($OR=2,3$) e inversión uterina ($0,004$) ($OR=4,8$) fueron algunos de los factores obstétricos que se asociaron significativamente con la hemorragia posparto. La investigación concluye que las características obstétricas y sociodemográficas están relacionadas con la hemorragia posparto en mujeres puérperas.

2.1.3. ANTECEDENTES A NIVEL REGIONAL

Huánuco (2019), Aylas y Maylle, ⁽³²⁾ **“Factores de riesgo de retención de restos Placentarios en Puérperas atendidas en el Centro de Salud Perú – Corea. Amarilis. Huánuco, agosto a diciembre 2019”**, el objetivo principal del estudio, fue identificar las variables de riesgo para la retención de restos placentarios en madres puérperas atendidas en el Centro de Salud Perú-Corea. Amarilis-Huánuco de agosto a diciembre de 2019; la técnica utilizada incluyó un enfoque cuantitativo, un nivel de estudio no experimental, retrospectivo, transeccional y descriptivo básico. Se utilizó como instrumento el formulario de recolección de datos, el cual presentó buena confiabilidad con un coeficiente Alfa de Cronbach igual a 0,958. La muestra estuvo constituida por 60 puérperas diagnosticadas de restos placentarios retenidos, elegidas mediante una técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia. Los datos se tabularon y procesaron mediante el programa estadístico SPSS v.26. Los resultados mostraron que las características sociodemográficas entre 15 y 25 años comprendían el 45%(27), el origen (urbano) el 67%(40); los factores de riesgo maternos incluían infección urinaria (78%(47), mecanismo de desprendimiento de Schultze (67%(40), rotura prematura de membranas (67%(40), rotura de membranas al ingreso (67%(40), tiempo de parto inadecuado (58%(35), antecedentes de legrado uterino (55%(33), antecedentes de aborto (55%(33), anemia (53%(32), periodo intergestacional corto (53%(32), y paridad (multíparas) (52%(31); Entre los factores de riesgo fetal se encontraban el parto prematuro (17%(10) y la macrosomía fetal, que sólo fue del 2%(1). Se concluye que, entre las puérperas que acudieron al Centro de Salud Perú-Corea, Amarilis-Huánuco entre agosto y diciembre de 2019, los factores de riesgo materno y las características sociodemográficas fueron más prevalentes en la retención de restos placentarios, mientras que los factores de riesgo fetal fueron menos prevalentes.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. ALUMBRAMIENTO

La placenta y las membranas ovulares son expulsadas, se inician los procesos de hemostasia local y la tercera fase del parto concluye cuando la tercera fase del parto llega a su fin ⁽³³⁾. Después de la evacuación fetal, esta fase dura de 10 a 30 minutos, aunque en la mayoría de los casos finaliza en 10 minutos. Se producen menos de 500 ml de hemorragia en el parto vaginal y 1.000 ml durante la cesárea ⁽³⁴⁾.

Dentro de la fase de expulsión encontramos:

1. Desprendimiento placentario.
2. Separación del corion y amnios.
3. Descenso de la placenta.
4. Expulsión de la placenta ⁽⁶⁾.

A. Desprendimiento placentario

Las últimas contracciones de la fase expulsiva marcan el inicio del proceso de separación de la placenta. El fondo uterino, situado a nivel de la cicatriz umbilical, provoca una contracción espontánea del útero proporcional a la disminución de su contenido tras la expulsión del feto. La superficie de implantación de la placenta se contraerá inevitablemente junto con esta repentina disminución del tamaño uterino. Debido a su escasa flexibilidad y a la ausencia de tejido muscular, la placenta es incapaz de modificar su tamaño o grosor para adaptarse a esta restricción de espacio. Para adaptarse al mayor volumen uterino, se ve obligada a plegarse y tensarse. La capa más débil de la decidua, la capa media o esponjosa, cede debido a la tensión provocada por estos cambios, lo que provoca la separación a ese nivel. Empiezan a formarse cavidades que aumentan gradualmente de presión a medida que se llenan de sangre. Finalmente, las cavidades se unen para crear un hematoma que se sitúa entre la placenta y la decidua restante. Cabe destacar que la separación se produce como resultado de la creación del hematoma y no como su causa. Por otro lado, ayuda a la separación placentaria e incluso puede acelerarla ⁽⁶⁾.

Existen dos métodos o formas en que puede ocurrir el desprendimiento:

1. Mecanismo de Schultze Baudelocque.

La placenta se invierte y es expulsada por el lado fetal debido a una separación que forma un hematoma retroplacentario en el núcleo de la placenta. A medida que el desprendimiento crece, se hace más grande. El mecanismo más frecuente se asocia a la colocación elevada de la placenta en el interior del útero ⁽³⁵⁾.

2. Mecanismo de Duncan Baudelocque.

En el borde inferior de la placenta se produce el desprendimiento. La expulsión se produce por el lado materno de la placenta o por el mismo borde. Esta placenta está situada en la porción inferior, lo que explica que se produzca con menos frecuencia ⁽³⁵⁾.

El mecanismo hemostático fundamental detrás de la hemostasia del lecho placentario, donde innumerables venas sanguíneas permanecen abiertas y dañadas, es la adecuada retracción uterina. Esto hace que las arterias sanguíneas se compriman y ocluyan mediante el uso de lo que se conoce como ligaduras vivas de Pinard ⁽³⁵⁾.

B. Separación del corion y amnios

El fondo uterino está situado a nivel del ombligo y es el responsable de la evacuación del recién nacido hasta que finaliza la separación de la placenta. Tras el desprendimiento, el útero suele elevarse por encima del ombligo (tiene forma globular) y se desplaza hacia un lado, normalmente el derecho, adquiriendo una consistencia más firme. Esto se debe a que la placenta desprendida ocupa el segmento inferior del abdomen, empujando el cuerpo del útero hacia arriba ⁽⁶⁾.

A pesar de ello, el amnios y el corion son fetales. El amnios recubre todo el corion y el cordón umbilical en su superficie externa, y confina el líquido amniótico en el que flota el feto en su superficie interna. El tejido conjuntivo mesenquimatoso constituye la capa externa del amnios, que es lisa y brillante en su interior. Por el contrario, el corion está conectado al amnios a través de su superficie interna y a la decidua a través de su superficie externa. Este tejido mesenquimal tiene un anejo llamado corion, que está formado por células epiteliales. A pesar de estar próximos, el amnios y el corion no están totalmente unidos, lo que permite diseccionarlos fácilmente ⁽³⁶⁾.

En el momento del parto, el corion tiene casi el doble de grosor que el amnios, que suele tener entre 0,2 y 0,4 mm de grosor. El amniocoro de la placenta tiene un revestimiento algo más grueso. La mucosa uterina de la madre, conocida como decidua, es de origen materno. Cambia a lo largo del embarazo para conectar el exterior de la placa placentaria y el corion con el útero de la madre. Dado que la membrana amniótica carece de conductos sanguíneos, conexiones nerviosas y canales linfáticos, el amnios se separa de la lámina coriónica y la placenta lo antes posible tras el nacimiento. El epitelio, la membrana basal, la capa compacta, la capa fibroblástica y la capa esponjosa son sus otras cinco capas ⁽³⁶⁾.

C. Descenso de la placenta

Una vez que la placenta se separa del cuerpo, desciende al segmento y después a la vagina. Esto ocurre principalmente debido al peso de la propia placenta, que tira de las membranas hacia dentro desde las superficies de inserción cercanas al borde placentario. También ocurre porque el útero sigue contrayéndose en determinados casos. Debido a la atonía vaginal provocada por un parto reciente, la placenta suele quedar retenida en esta zona durante un tiempo ⁽⁶⁾.

D. Expulsión de la placenta

La placenta desciende hacia la sección inferior y el cuello uterino durante el desprendimiento prematuro de placenta, donde queda retenida durante un tiempo. Desciende hacia la vagina y el perineo debido en parte a la actividad de la sangre que se ha acumulado detrás de ella y a las contracciones del útero. La contracción voluntaria de la prensa abdominal inducida por el reflejo perineal es el principal mecanismo responsable de su expulsión completa. La placenta muestra su lado fetal externamente cuando el mecanismo de desprendimiento es Baudelocque-Schultze; si el mecanismo de desprendimiento es Duncan, el lado materno será visible en primer lugar. El útero se contrae con fuerza tras la evacuación de la placenta, reduciendo su tamaño (fondo dos dedos por debajo del ombligo) y engrosando su sustancia, creando un globo de seguridad ⁽⁶⁾.

2.2.2. FISIOLÓGÍA

El volumen sanguíneo materno aumenta alrededor de un 50% durante el embarazo, a menudo de 4 a 6 litros. Las concentraciones de hematocrito plasmático y hemoglobina descienden a medida que el volumen plasmático aumenta más rápidamente que el recuento de eritrocitos. Este descenso puede ser importante en las mujeres que no tomaban suplementos de hierro o que tenían un perfil anémico antes de quedarse embarazadas, pero es menos pronunciado en las que sí los utilizaban. Las necesidades de perfusión de la unidad uteroplacentaria se compensan con el aumento del volumen sanguíneo, que también proporciona a la futura madre una reserva de sangre suficiente para afrontar el parto. Además, este aumento previene la hipotensión provocada por la reducción del tono vascular y del retorno venoso debido a las altas concentraciones de progesterona ⁽³⁷⁾.

Se produce un aumento perceptible de los factores de coagulación y un descenso de la actividad fibrinolítica a nivel de la coagulación sanguínea. Debido a la dilución por el aumento de volumen, el recuento de plaquetas puede disminuir algo; no obstante, la actividad se mantiene a medida que disminuye el grado de ingesta ⁽³⁷⁾.

El proceso de contracciones uterinas es el principal responsable de regular la pérdida de sangre en el lecho placentario, mientras que los depósitos de fibrina y la formación de coágulos desempeñan un papel crucial en la conservación de la hemostasia y la promoción de la involución en el periodo posparto. El útero aumenta drásticamente a lo largo del embarazo; al concluir la gestación, pesa entre 1,1 kg y tiene un volumen de 5 litros, con un peso inicial de unos 70 gramos y una capacidad de unos 10 ml. Estas alteraciones uterinas son provocadas y mantenidas por los elevados niveles de estrógenos. A término, su flujo sanguíneo estimado oscila entre 500 y 800 mililitros por minuto, es decir, entre el 10% y el 15% del gasto cardíaco ⁽³⁷⁾.

Tras el parto, la placenta se separa del endometrio y persisten las contracciones uterinas. Esto se debe principalmente a la retracción del miometrio y a la involución uterina, que reducen la superficie placentaria.

De este modo, la placenta se divide y se desplaza hacia el segmento uterino inferior ⁽³⁷⁾.

El segundo mecanismo de separación es el desarrollo de un hematoma provocado por la rotura vascular en el lecho placentario provocada por las contracciones uterinas que bloquean los vasos sanguíneos. La hemorragia se evita debido a la anatomía uterina, que expone las arterias espirales del lecho placentario cuando la placenta se divide. Cuando el útero se contrae, la capa de músculo estriado que recorre los vasos que irrigan el lecho placentario obstruye los vasos, lo que permite la expulsión de la placenta. Ligamentos vivos de Pinard es el término utilizado para describir este grupo de fibras musculares ⁽³⁷⁾.

Las contracciones uterinas están provocadas por diversos agentes:

- Al final de la gestación y sobre todo en el momento del parto, el miometrio se vuelve más sensible a la oxitocina, un no-péptido generado por la hipófisis posterior.
- Prostaglandinas administradas tanto exógena como endógenamente.
- Alkaloides del cornezuelo de centeno o derivados de la ergotamina ⁽³⁷⁾.

Ciertas sustancias relajan el útero, lo que puede provocar el inicio de hemorragias importantes después del parto. Entre ellas se encuentran los antiinflamatorios no esteroideos que tienen un doble mecanismo de acción antiprostaglandina y antiagregante plaquetario, y los beta-simpaticomiméticos (salbutamol, ritodrina, etc.), que favorecen la relajación a través de la estimulación Beta. También influyen en la contractilidad uterina los antagonistas del calcio, como la nifedipina, y el sulfato de magnesio, cuyo potencial es menor. Otros medicamentos que influyen en esta propiedad son la nitroglicerina y algunos anestésicos inhalatorios ⁽³⁷⁾.

2.2.3. INTERPRETACIÓN CLÍNICA DEL ALUMBRAMIENTO

• Signos de desprendimiento

El fondo uterino alcanza el nivel del ombligo o dos o tres centímetros por debajo de éste como resultado de la capacidad del útero para adaptarse a la placenta debido a las contracciones uterinas indoloras descritas anteriormente. En este caso, la parturienta puede

informarnos de que, a pesar de que las contracciones ya no duelen, sigue sintiéndolas ⁽³⁵⁾.

El llamado signo de pérdida hemática, más visible en este tipo de desprendimiento, es una cantidad variable de sangre exteriorizada si el mecanismo de desprendimiento es el de Baudelocque Duncan. Esto no implica que no haya hemorragia en el Baudelocque Schultze, sino que la hemorragia es menos perceptible porque es más escasa.

Así pues, estos son los indicios de desprendimiento:

- a) La existencia de hemorragias
- b) Contracciones constantes

- Signos de descenso

El signo de Schroeder es cuando el útero se hace más globoso, se eleva sobre el ombligo y se lateraliza un poco hacia el flanco derecho cuando la placenta se separa y desciende al segmento inferior. Este indicador reacciona al impacto fisiológico que se produce cuando la placenta golpea la porción inferior del útero ⁽³⁵⁾.

Utilizando una pinza de Kocher a nivel vulvar en el cordón umbilical, podemos ver el signo de Ahlfeld: El movimiento de la pinza alejándose de su ubicación original a medida que la placenta desciende ⁽³⁵⁾.

- Técnicas de descenso

El cordón umbilical se eleva como resultado de la maniobra, si la placenta aún no ha descendido: maniobra de Kustner negativa; si el cordón permanece inmóvil, indicará que la placenta ha descendido, constituyendo la maniobra de Kustner positiva. Se realiza en la región hipogástrica (segmento inferior) del cuerpo uterino ⁽³⁵⁾.

Maniobra de Strassman negativa: Se considera que la placenta no ha descendido si, al coger el cordón umbilical con la mano, se observan movimientos del fondo uterino. Cuando las trepidaciones no se propagan, es un signo de descenso de la placenta, o de una maniobra de Strassman exitosa.

El método de Fabre, a veces conocido como Maniobra del Pescador, es otro método que utiliza la misma idea. Consiste en sacudir el cordón con la mano que lo sujeta, y la mano abdominal percibe o no los crepitantes ⁽³⁵⁾.

- Signos de expulsión

El útero desciende hasta su punto más bajo cuando la placenta entra en la vagina. Una vez extraída la placenta, el útero adquiere una sustancia leñosa debido a que las fibras musculares del útero se contraen y crean el signo del globo de seguridad de Pinard. Abra suavemente los genitales para descubrir la placenta. La placenta puede expulsarse espontáneamente tras algunos pujos ⁽³⁵⁾.

2.2.4. ALUMBRAMIENTO ACTIVO O DIRIGIDO

Hasta el 60% de las hemorragias se evitan dirigiendo activamente el parto. También acorta la duración de la tercera fase del parto, la incidencia de anemia posparto grave y la necesidad de transfusiones. La reducción de la pérdida de sangre, las transfusiones sanguíneas y la hemorragia posparto son todos resultados de la conducción activa del parto. La mortalidad materna se debe principalmente a la atonía uterina, que es la principal causa de hemorragia posparto durante las primeras 24 horas. Incluso las mujeres sin factores de riesgo pueden sufrir una hemorragia posparto como consecuencia de la atonía uterina; por ello, las terapias deben dirigirse a todas las mujeres, independientemente del estado de los factores de riesgo ⁽³⁸⁾.

Implica la gestión activa del parto, que incluye la tracción controlada del cordón, el pinzamiento y seccionamiento del cordón después de que el útero se contraiga, y la inyección intramuscular de un fármaco uterotónico (oxitocina) después del parto ⁽³⁹⁾.

2.2.5. TIPOS DE ALUMBRAMIENTO

a) Alumbramiento dirigido y/o activo

Se denomina parto activo a la utilización de oxitócicos durante esta fase del parto. La oxitocina intramuscular (10 UI) se administra en la salida del único o último feto ⁽²⁷⁾.

b) Alumbramiento espontáneo

Sin la asistencia de un profesional, las contracciones uterinas durante el parto provocan un desprendimiento de la placenta. El profesional se comporta como si estuviera esperando antes de que el desprendimiento muestre algún síntoma clínico.

c) Alumbramiento manual

Para prevenir la mortalidad materna y tratar la hemorragia intraparto provocada por la retención de placenta y/o restos placentarios, intervienen los obstetras ⁽²⁷⁾.

En caso de extracción manual de la placenta, debe tenerse en cuenta lo siguiente:

a) Indicaciones

- Retención de la placenta durante más de treinta minutos después del parto.
- Retención de la placenta en la gestión activa del parto durante más de quince minutos después del parto ⁽²⁷⁾.

b) Medidas a evitar

- Acretismo placentario.
- Formación insuficiente para llevar a cabo el proceso.

c) Condiciones

- Consentimiento informado. El tratamiento se realizará conforme a la ley si la paciente no puede dar su permiso debido a su mal estado y no está presente ningún familiar.
- Antecedentes médicos.
- Hematocrito, hemograma, grupo sanguíneo y factor Rh son algunas de las pruebas de laboratorio.
- Catéter intravenoso nº 18 con línea de permeabilidad.
- Profesional con formación ⁽²⁷⁾.

d) Procedimiento

- Insertar dos vías intravenosas de cloruro sódico de 9 m y administrar en una de ellas 10 UI de oxitocina.
- Administrar una dosis profiláctica de ampicilina (2 g EV) como antibiótico.
- Aplicar protocolos de bioseguridad.
- Evacuar la vejiga, mejor mediante sondaje vesical o micción.
- Aplicar una pequeña presión en el útero para inducir una contracción.
- Localizar la placenta realizando un tacto vaginal.
- Intentar extraer la placenta agarrando el útero, presionando con una mano sobre la sínfisis púbica y repitiendo el procedimiento de Brands

Andrews. Evita tirar con demasiada fuerza. Si no funciona, informa a la familia de que tienes que extraer la placenta a mano.

Pasa a la siguiente acción.

- Administrar analgesia sedante. (O 10 mg EV de diazepam, 2,5 mg de midazolam, 0,5 mg de atropina, 50 mg de ev slow, o 1 ampolla IM de ketorolaco).
- Ponte guantes estériles y cúbrete los codos.
- Utilizar el método adecuado para aplicar una solución antiséptica en la zona vulvo perineal.
- Establecer zonas estériles.
- Para determinar si la placenta está a ese nivel, pon una mano sobre la vagina. A continuación, coge el cordón con la mano izquierda e introdúcelo en el útero con la derecha. Utiliza la mano como cuña para ensanchar el cuello uterino si está parcialmente cerrado, haciendo contrapresión con la mano izquierda.
- Mueve los dedos de la mano entre la pared uterina y el borde de la placenta. Separar suavemente la placenta del útero tamizándola de un lado a otro con la palma de la mano delante de ella. Utilizando la otra mano para inducir una contracción, retira suavemente la placenta una vez que se haya desprendido y se encuentre en la palma de la mano. Es importante retirar las membranas con suavidad y precaución ⁽²⁷⁾.
- Aplica un masaje uterino tanto interno como externo.
- Mezclar 20 UI de oxitocina con 60 gotas de cloruro sódico cada minuto.
- Realice un legrado puerperal y compruebe si la placenta está incompleta.
- Documente los datos, incluida la cantidad estimada de sangre perdida.
- Vigilar cualquier hemorragia vaginal de la madre.
- Mantener la pauta de antibióticos.
- Si la placenta retenida no desaparece, tratar quirúrgicamente con una laparotomía para una histerectomía completa o subtotal, teniendo en cuenta la probabilidad de acretismo placentario. Esquema del procedimiento: la placenta se extrae manualmente ⁽²⁷⁾.

2.2.6. ALUMBRAMIENTO PATOLÓGICO

El término parto patológico se refiere a un trastorno que afecta a la forma en que se expulsan la placenta y sus anexos, provocando distocias y otros percances que pueden poner en peligro la vida de la madre y requerir atención médica inmediata. Esta afección incluye la retención de la membrana ovárica y la placenta, hemorragias durante el parto e inversión uterina aguda ⁽⁴⁰⁾.

a) Retención de restos placentarios

Se refiere a la presencia continuada de los productos gestacionales (vellosidades del corion y decidua, o detritus placentarios) en el útero después del parto. Los principales factores determinantes del tratamiento serán la presentación clínica y la fase de desarrollo. Puede producirse tras una cesárea o un parto (3-6%), una pérdida gestacional espontánea (17% en el primer trimestre y 40% en el segundo), un aborto asistido con medicación (15%), un aborto quirúrgico (6%) o una interrupción legal del embarazo (ILE, con una tasa de retención mayor cuanto más precoz es la interrupción del embarazo) ⁽⁸⁾.

Clínica: La hemorragia intensa o prolongada (más de tres semanas si el embarazo se interrumpió en la primera mitad de la gestación, o más de seis semanas si el parto se produjo en la última parte de la gestación) es la presentación clínica más frecuente. También pueden manifestarse otros síntomas como molestias pélvicas, aumento del dolor uterino y fiebre en situaciones de infección ⁽⁴¹⁾.

Diagnóstico: La ecografía se utiliza para realizar el diagnóstico. Las siguientes medidas ultrasonográficas pueden ser útiles para reforzar el diagnóstico clínico:

- Masa hiperecoica heterogénea intrauterina.
- Definición inadecuada del contacto endometrio-miometrio.
- Hematómetra concomitante
- Engrosamiento irregular del endometrio ⁽⁴¹⁾.

Toda línea endometrial anormal de más de 13 mm entre 2-3 semanas después del aborto y 8 semanas después del parto sería sintomática de ROP. Una vez establecido el diagnóstico ecográfico, los resultados deben categorizarse mediante la clasificación de Gutenberg.

Esta categorización nos permite predecir la complejidad y el nivel de dificultad que podemos encontrar durante la evacuación al relacionar los distintos patrones ecográficos con el aspecto histeroscópico de los restos retenidos. La ecografía determinará siempre el tipo de RP; la histeroscopia no es necesaria para el diagnóstico; se realizará sólo cuando sea necesaria o con finalidad terapéutica, y siempre evaluará los riesgos en función de la vascularización mostrada por el Doppler color ⁽⁴¹⁾.

Clasificación de las ecografías

- Tipo 0: Patrón avascular hiperecogénico.
- Tipo 1: Mínimamente vascularizado o avascular.
- Tipo 2: Bulto intracavitario con gran vascularización.
- Tipo 3: Gran vascularización miometrial y bulto intracavitario hipervascularizado ⁽⁴¹⁾.

Clasificación histeroscópica

- Tipo 0: Se observa un tejido blanco y fino, pero no hay ninguna estructura discernible.
- Tipo 1: Se observan vellosidades coriónicas blancas o pálidas, avascularizadas.
- Tipo 2: Poca vascularización en el lugar de implantación, pero vellosidades coriónicas vascularizadas.
- Tipo 3: Vellosidades coriónicas muy vascularizadas alrededor del lugar de implantación. Aparte de las situaciones en las que se sospecha una enfermedad trofoblástica, la medición sérica de Beta-HCG no es útil ⁽⁴¹⁾.

Retención placentaria: Anomalías de la inserción placentaria

La formación de un plano de clivaje en la decidua basal por debajo de la placenta es el proceso típico del parto. Las alteraciones de este proceso pueden dificultar el alumbramiento de la placenta. En estas situaciones, es necesaria la extracción manual, y este proceso se llevará a cabo si el parto no se ha producido transcurrido un tiempo aceptable, entre 10 y 30 minutos. En estas situaciones pueden descubrirse placenta

accreta, increta y percreta. Todas estas entidades pueden ser de naturaleza focal, parcial o total ⁽⁴²⁾.

Factores de riesgo asociados

- Edad (30 años o menos)
- Paridad de 2 a 3
- Una cesárea anterior
- Antes del legrado
- La placenta ya se había extraído a mano
- Retención de placenta de embarazos anteriores
- Infecciones.

Si se desea preservar la fertilidad, el tratamiento conservador es una opción viable. Se han enumerado varias acciones conservadoras:

1. Mantenimiento de la placenta in situ (completa o en trozos).
2. Encontrar la sutura y cortar.
3. Examinar el defecto, sobre todo si la placenta percreta es visible.
4. Curetaje

En algunos casos, se ha dejado la placenta in situ y se ha ligado el cordón, con la expectativa de que se atrofiara gradualmente. Otros aconsejan extraer la placenta lo antes posible sin aumentar la hemorragia y tratarla con oxitocina, masajes terapéuticos, antibióticos y procedimientos para la posterior extracción de la placenta (como el legrado) ⁽⁴²⁾.

Los cuidados conservadores tampoco están exentos de peligros; existe la posibilidad de que aumente la hemorragia, la infección y la rotura con la extracción manual. Cuando la placenta se extrae de forma agresiva y física, las hemorragias posparto son más frecuentes. En un futuro embarazo, el riesgo de implantación aberrante de la placenta puede aumentar debido al legrado. Deben tenerse en cuenta el apoyo y las capacidades del operador al seleccionar la estrategia de manejo ⁽⁴²⁾.

Tratamiento: La base del tratamiento médico es la administración oral o sublingual de medicamentos uterotónicos, como el Misoprostol 200 mcg, tres veces al día durante seis dosis, con una tasa de fracaso del 7%. El Ministerio de Salud Pública de nuestro país tiene directrices para los

abortos incompletos tras una cesárea voluntaria, en las que se aconseja el uso de 400 mcg de misoprostol por vía oral o en una sola toma. Sin embargo, no existen directrices para la evacuación de restos tras una cesárea o un parto ⁽⁴³⁾.

El legrado, que consiste en la dilatación cervical, el curetaje o la aspiración con cánula, ha sido tradicionalmente la base de la terapia quirúrgica. Se trata de un procedimiento ciego que conlleva el riesgo de dañar no sólo el lugar donde se implantaron los restos, sino también el endometrio circundante. El daño de la capa basal del endometrio aumenta el riesgo de hemorragia y perforación uterina, así como la posibilidad de futuras adherencias intrauterinas. La tasa de fracaso oscila entre el 3% y el 5% cuando aún hay material presente tras el procedimiento ⁽⁴³⁾.

Como sustituto eficaz y seguro del legrado uterino a ciegas, el tratamiento histeroscópico ofrece una visión directa, lo que aumenta las probabilidades de completar con éxito el tratamiento y reduce el riesgo de complicaciones antes mencionado. Como se ha señalado anteriormente, para maximizar el éxito y minimizar el riesgo de complicaciones, el entorno en el que se realiza la cirugía histeroscópica debe seleccionarse en función de la Clasificación de Gutenberg. Las pacientes con una línea endometrial menor de 30 mm, un bhcg negativo o muy bajo y poca o ninguna vascularidad en el Doppler pueden considerarse candidatas para la histeroscopia en consulta utilizando el conjunto de Bettocchi (0-1 tipo Gutenberg). Las pacientes con mayor imagen intrauterina y mayor vascularización (tipo 2-3 Gutenberg) deben ser tratadas en quirófano ⁽⁴³⁾.

2.2.7. COMPLICACIÓN DE LA RETENCIÓN PLACENTARIA

a) Hemorragia postparto (HPP)

La definición tradicional de hemorragia posparto (HPP) incluye la pérdida de sangre de más de 500 mililitros después de un parto vaginal y de más de 1.000 mililitros en los partos por cesárea. Dado que la cantidad exacta de sangre perdida durante estas operaciones es difícil de determinar y a menudo se subestima, se describe mejor como una

hemorragia hasta el punto en que la estabilidad hemodinámica de la paciente se ve comprometida ⁽⁴⁴⁾.

Se clasifica de la siguiente manera

1. Primaria: Es la que se produce en las primeras veinticuatro horas después del parto. Se estima que la inercia uterina es responsable del 70% de los casos de HPP en el posparto inmediato.
2. Secundaria: tiene lugar entre una y seis semanas después del parto. Si aparecen más allá de las seis semanas, pueden estar causadas por infecciones, subproductos de la concepción o ambas cosas ⁽⁴⁴⁾.

Factores de riesgo para hemorragia:

- Cicatrización previa en el útero
- Edad materna superior a treinta y cinco años
- Polihidroamniótico
- Embarazo múltiple
- Multiplicidad
- Desnutrición de las madres
- Anemia en las madres
- Hemorragias uterinas previas
- Consumo de drogas y humo
- Úteros fibroides
- Síndromes hipertensivos del embarazo
- Traumatismo abdominal
- Hemorragias en embarazos anteriores
- Trabajo prolongado
- Patología crónica de la madre (entre otras) ⁽⁴⁴⁾.

Causas de la hemorragia postparto (HPP) identificadas por la mnemotecnica "4T":

1. Tono (70%): comprende la inercia o la atonía del útero.
2. Trauma (19%): Consiste en laceraciones cervicales y vaginales, así como traumatismos uterinos (rotura e inversión uterina).
3. Tejidos (10%): Consiste en placentación aberrante, así como coágulos y detritus placentarios retenidos.

4. Trombina (1%): Consiste en coagulopatías adquiridas o congénitas⁽⁴⁴⁾.

Diagnóstico: La HPP se diagnostica clínica y subjetivamente, dependiendo de la medición de la pérdida de sangre, así como de la percepción de que la estabilidad hemodinámica de la gestante está en peligro. Es mejor evaluar el compromiso hemodinámico de la mujer antes de tomar cualquier medida.

El papel de la hemodinámica en la hemorragia posparto.

- Sin efecto: 500-1.000 ml (10-15%) de sangre perdida, sin reducción de la presión arterial sistólica y sin síntomas ni indicadores (palpitaciones, vértigo, taquicardia).
- Leve: 1.000-1.500 ml (15-25%) de sangre perdida, reducción leve de la presión arterial (80-100 mmHg), y signos y síntomas (debilidad, sudoración, taquicardia).
- Moderada: 1.500-2.000 ml (25-35%) de sangre perdida; reducción significativa de la presión arterial (70-80 mmHg); síntomas (oliguria, palidez, inquietud).
- Grave: Disminución significativa de la presión arterial (50-70 mmHg), 2.000-3.000 ml (35-45%) de sangre perdida y síntomas (colapso, disnea, anuria).

Manejo inicial de la Hemorragia postparto

Tras el diagnóstico de HPP, se requiere una intervención rápida y secuencial. La actuación debe ser controlada y razonada. Por ello, se aconseja disponer de un plan de actuación preestablecido que conozca el equipo de maternidad⁽⁴⁵⁾.

Las siguientes acciones fundamentales son cruciales en los casos de HPP con afectación hemodinámica de moderada a grave:

- Pedir ayuda: avisar a todo el personal disponible (enfermera, médico reanimador, personal auxiliar y pareja obstétrica si es necesario) y que colaboren en equipo. Asignar un médico responsable que supervise la coordinación de las diferentes técnicas.
- Evalúe los daños

- Controlar la saturación arterial de oxígeno, la tensión arterial y el pulso, si es posible, mediante un monitor automatizado.
- Aplicar una mascarilla para apoyar el tratamiento con oxígeno.
- Instalar una sonda urinaria permanente con control horario de la diuresis. Esto estimula la contracción del útero y evalúa la función renal. Se considera suficiente una diuresis > 30 mililitros por hora.
- Reevaluar los datos relevantes de la historia clínica, incluidos los análisis anteriores, la evolución y las características del parto, las características obstétricas e individuales, etc.
- Realizar un estudio de coagulación y un hemograma completo. Si aún no lo ha hecho, solicitar pruebas cruzadas de sangre y determinación del grupo sanguíneo.
- Crear una segunda vía si es necesario, o una vía venosa de diámetro suficiente ⁽⁴⁵⁾.
- Iniciar un régimen de reposición rápida de líquidos 3:1 (reponer 300 ml de líquido por cada 100 perdidos). El uso de cristaloides, como solución salina fisiológica o solución de Ringer lactato, está aconsejado por un metanálisis de la Cochrane Library (recomendación de grado A).
- Evaluar la reposición de sangre y factores de coagulación.
- Lleve un registro de todos los líquidos y medicamentos prescritos y recibidos ⁽⁴⁵⁾.

Buscar la etiología: Debe extraerse la placenta si no se ha separado, lo cual es poco frecuente:

- En el caso de que se observe una inversión del útero, se debe mover el útero a su posición original utilizando la fuerza del puño, empujando dentro de la cavidad, siempre con la ayuda de la relajación miometrial mientras se está bajo anestesia, idealmente con gases ⁽⁴⁵⁾.
- El siguiente paso es masajear el útero empujando con una mano sobre su fondo para determinar el grado de contracción y favorecer el vaciamiento. Hay que tener en cuenta que la causa más frecuente de HPP precoz es la atonía uterina. En consecuencia, como se comentará más adelante, iniciaremos la administración de medicamentos uterotónicos si descubrimos un útero blando. La existencia de coágulos

en la vagina o el útero indica que nuestra coagulación fue adecuada en ese momento ⁽⁴⁵⁾.

- Si la HPP persiste, se considera crucial que las personas más capacitadas de que se disponga lleven a cabo un examen metódico del canal blando mientras se está bajo anestesia, con el fin de descartar daños en el útero y en el canal blando, así como la retención de tejido dentro del útero. Para asegurarse de que la cavidad está vacía, ésta debe comenzar en el fondo del útero e ir hacia el segmento uterino y todos sus lados. Si es visible una cicatriz de cesárea anterior, debe examinarse manualmente. Se debe realizar un legrado uterino si continúan los restos intrauterinos. Debe evitarse cuidadosamente el riesgo de perforación del útero puerperal, grande y blando. Posteriormente, se examina toda la pared vaginal y ambos ángulos del cuello uterino. Se suturarán los desgarros si se producen ⁽⁴⁵⁾.
- En caso de que se modifique el estudio de coagulación, deberá aplicarse la terapia particular de la modificación. Si es necesario, se administrará una transfusión de sangre. Si el hematólogo es accesible, se le contactará en caso necesario ⁽⁴⁵⁾.

Prevención de la hemorragia postparto: A continuación, se exponen algunos factores a tener en cuenta para evitar la hemorragia posparto:

- Las variables predisponentes se detectan antes del parto y, si es posible, deben rectificarse. Entre ellas se incluyen los fibromas uterinos, el polihidramnios, el embarazo multifetal, los trastornos hemorrágicos maternos y los antecedentes de hemorragia puerperal o posparto ⁽⁴⁶⁾.
- Si el grupo sanguíneo de la mujer es atípico, debe determinarse lo antes posible. Siempre es mejor dar a luz de forma suave, lenta y con la menor interferencia posible ⁽⁴⁶⁾.
- Para garantizar la contracción uterina y minimizar la pérdida de sangre durante la separación de la placenta, suministre 10 unidades IM de oxitocina o infusiones diluidas de oxitocina (10 o 20 unidades en 1.000 mL de solución a 125 ó 200 mL/h durante 1 o 2 h) ⁽⁴⁶⁾.

- Una vez extraída la placenta, se comprueba cuidadosamente si está completa; si no es así, se inspecciona físicamente el útero y se extraen los trozos sobrantes. El legrado no siempre es necesario.
- Una vez finalizada la tercera fase del parto, deben controlarse las contracciones uterinas y la cantidad de sangre vaginal durante una hora ⁽⁴⁶⁾.

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

Característica obstétrica: Cualquier componente pertinente del embarazo y parto de una mujer se denomina característica obstétrica. La atención prenatal, los antecedentes de aborto, la paridad (el número de embarazos anteriores que han terminado a término), los métodos de preparación psicofísica para el parto y la asistencia durante el parto son algunos ejemplos de estos factores ⁽⁴⁷⁾.

Puerperio: El término se refiere al periodo que comienza justo después del parto y dura hasta seis semanas, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Durante este periodo, el cuerpo de la mujer experimenta importantes cambios físicos y psicológicos mientras se recupera del embarazo y el parto ⁽⁴⁸⁾.

Placenta: Durante el embarazo, la placenta, un órgano transitorio, se forma en el útero. Sirve de puente esencial entre la madre y el niño en desarrollo, aportando nutrientes y oxígeno al cuerpo del niño en desarrollo y liberando los productos metabólicos de desecho del feto en el torrente sanguíneo de la madre. Este órgano, que está unido a la pared uterina, es esencial para el crecimiento sano del feto ^{(49) (50)}.

Oxitocina: Nueve aminoácidos componen la hormona peptídica oxitocina, que se genera principalmente en el hipotálamo y se libera a través de la neurohipófisis ⁽⁵¹⁾. Entre sus principales funciones se encuentran la inducción de las contracciones del parto, la ayuda a la evacuación del feto y la placenta y el fomento de la producción de leche materna ⁽⁵²⁾.

Legrado uterino: El proceso de raspado y extracción de tejido del revestimiento uterino se conoce como legrado uterino. Se introduce en el útero una cureta, dispositivo quirúrgico con forma de cuchara, para extraer tejido una vez dilatado (agrandado) el cuello uterino ⁽⁵³⁾.

Dilatación uterina: Proceso por el que las contracciones del útero hacen que el cuello uterino se abra progresivamente durante el parto. Para que el bebé pueda atravesar el canal del parto (vagina), este procedimiento es esencial ⁽⁵⁴⁾ ⁽⁵⁵⁾.

Alumbramiento completo: Es la expulsión íntegra de la placenta y las membranas ovulares tras la culminación del parto. Este proceso fisiológico, que marca la tercera etapa del parto, implica la separación y expulsión total del tejido placentario del útero materno, asegurando la integridad anatómica y funcional del tracto reproductivo postparto ⁽⁵⁶⁾.

Alumbramiento incompleto: Se diagnostica cuando se produce la retención parcial de tejido placentario o membranas ovulares dentro del útero tras la expulsión fetal ⁽⁵⁷⁾.

Restos placentarios: Se refieren a los fragmentos de tejido placentario o membranas ovulares que permanecen en la cavidad uterina tras el alumbramiento. Su presencia puede desencadenar una respuesta inflamatoria y predisponer a la paciente a complicaciones infecciosas y hemorrágicas ⁽⁵⁸⁾.

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

Hi: Las características obstétricas están relacionadas con la retención de restos placentarios en las púerperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en 2024.

Ho: Las características obstétricas no están relacionadas con la retención de restos placentarios en las púerperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en 2024.

2.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

Hi₁: Las características obstétricas anteparto están asociadas a la retención de restos placentarios en púerperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2024

Ho₁: Las características obstétricas anteparto no están asociadas a la retención de restos placentarios en púerperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2024

Hi₂: Las características obstétricas durante el parto están asociadas a la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2024

Ho₂: Las características obstétricas durante el parto no están asociadas a la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2024

Hi₃: Las características obstétricas postparto están asociadas a la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2024

Ho₃: Las características obstétricas postparto no están asociadas a la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2024

2.5. VARIABLE

2.5.1. VARIABLE DE RELACIÓN

Características obstétricas (anteparto - durante el parto - postparto)

2.5.2. VARIABLE DE SUPERVISIÓN

Retención de restos placentarios

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE						
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORÍA/ÍTEMS	MEDICIÓN	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
VARIABLE DE RELACIÓN						
Características obstétricas	Son los factores y condiciones relacionadas con el embarazo y el parto	Anteparto	Paridad	a) Primípara (1 parto) b) Secundípara (2 partos) c) Multípara (De 3 a 5 partos) d) Gran multípara (≥ 6 partos)	Nominal	Ficha de recolección de datos
			Periodo intergenésico (PIG)	a) Sin PIG b) Corto (< a 24 meses) c) Normal (24 a 48 meses) d) Largo (> a 48 meses)	Nominal	
			Ruptura prematura de membranas	a) Si presentó b) No presentó	Nominal	
			Enfermedad hipertensiva del embarazo	a) Si presentó b) No presentó	Nominal	
			Antecedente de cesárea	a) Si aplica b) No aplica	Nominal	
			Antecedente de aborto	a) Si presentó b) No presentó	Nominal	
		Durante el parto	Duración del parto	a) Precipitado (< a 3 horas) b) Normal (4 a 12 horas) c) Prolongado (> a 12 horas)	Nominal	Ficha de recolección de datos
			Tipo de parto	a) Vaginal b) Cesárea	Nominal	
			Complicación	a) No presentó b) Distocia de hombros c) Prolapso del cordón umbilical d) Hemorragia posparto	Nominal	
		Postparto	Modalidad de Alumbramiento	a) Schultz b) Duncan	Nominal	Ficha de recolección de datos

			Tiempo de Alumbramiento	a) Menor de 15 min b) Entre 15 min y 30 min c) Mayor de 30 min	Continua	
			Tipo de Alumbramiento	a) Espontáneo b) Dirigido	Nominal	
VARIABLE DE SUPERVISIÓN						
Retención de restos de placenta	Ocurre cuando fragmentos de la placenta permanecen en el útero después del parto	Diagnóstica	Diagnóstico de retención de restos placentarios	a) Si b) No	Nominal	Ficha de recolección de datos
CARACTERÍSTICAS GENERALES						
Características de las puerperales	Se refiere a cualquier atributo estadístico que describa a una población específica	Demográfica	Edad	a) 14 a 21 años b) 22 a 30 años c) 31 a 37 años d) 38 a más	Continua	Ficha de recolección de datos
			Grado de instrucción	a) Sin instrucción b) Primaria c) Secundaria d) Superior no universitario e) Superior universitario	Ordinal	
			Estado civil	a) Soltera b) Casada c) Divorciada d) Conviviente	Nominal	
			Religión	a) Católica b) Evangélica c) Del Séptimo Día d) Mormón	Nominal	
			Ocupación	a) Ama de casa b) Estudiante c) Trabajadora independiente d) Trabajadora dependiente	Nominal	
			Procedencia	a) Rural b) Urbano c) Urbano marginal	Nominal	

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Este estudio es observacional ya que no se intervino en el curso natural de los eventos. Se observó y registró información sobre las características obstétricas de las puérperas, sin manipular las variables de relación ni de supervisión ⁽⁵⁹⁾.

El estudio es prospectivo porque los datos se recopilaban hacia adelante en el tiempo desde un punto de partida establecido. En este caso, se siguió a las puérperas que ingresaron al Hospital Hermilio Valdizán Medrano durante el año 2024, registrando los casos a medida que ocurrieron ^{(60) (61)}.

La investigación es transversal ya que se recolectó datos en un único punto temporal. Se identificaron y analizaron las características obstétricas de las puérperas en el momento de la retención de restos placentarios ⁽⁶²⁾.

3.1.1. ENFOQUE

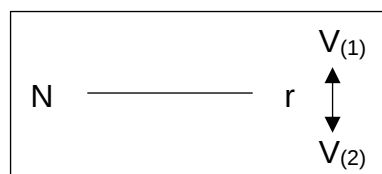
Cuantitativo ya que se basó en la recolección y análisis de datos numéricos. Se utilizaron técnicas estadísticas para identificar patrones y correlaciones entre las variables estudiadas ⁽⁶³⁾.

3.1.2. ALCANCE O NIVEL

El nivel de la investigación fue relacional porque buscó identificar y medir la relación entre las variables (por ejemplo, características obstétricas y la retención de restos placentarios como **variable dicotómica**) sin establecer una causalidad directa ⁽⁶⁴⁾.

3.1.3. DISEÑO

El diseño no experimental se refiere a que no se manipularon las variables independientes, sino que se observaron tal como ocurrieron en la realidad ⁽⁶⁵⁾. El estudio correlacional examinó cómo se relacionaron las características obstétricas con la retención de restos placentarios, sin intervenir en los procesos naturales, como se presenta a continuación:



Donde:

- **N** (población de estudio, que son las puérperas atendidas)
- **r** (Correlación)
- **V₁** (Características obstétricas)
- **V₂** (retención de restos placentarios)

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

Estuvo conformado por 80 puérperas de parto vaginal y/o cesáreas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco durante el año 2024.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Puérperas (inmediatas-mediatas)
- Usuarías con diagnóstico de retención de restos placentarios, sin embargo, este diagnóstico actúa como una **variable de clasificación** dentro de tu estudio.
- Diagnóstico clínico confirmado por ecografía y/o hallazgos quirúrgicos de restos placentarios retenidos después del alumbramiento.
- No hay excepciones o restricciones de edad
- Puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco
- Puérperas cuya atención se dio durante el año 2024
- Gestantes cuyo parto eutócico y distócico se realizó exclusivamente en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Puérperas con comorbilidades u casos especiales
- Puérperas no atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco
- Puérperas cuya atención no fueron durante el año 2024
- Puérperas cuyo parto se realizó en otro Hospital u centro de salud

3.2.2. MUESTRA

Para la selección de la muestra se empleó un muestreo no probabilístico, bajo la modalidad de selección completa, que incluyó a

las 80 puérperas (inmediatas, mediatas) cuya finalización del parto haya sido por vía vaginal o cesárea, atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco durante el año 2024.

3.3. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica a utilizar fue mediante el análisis documental de Historias Clínicas.

3.3.2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Por una ficha de recolección de datos con la siguiente estructura:

I. Variable 1: Características obstétricas

- A. Características obstétricas anteparto (06 ítems)
- B. Características obstétricas durante el parto (03 ítems)
- C. Características obstétricas postparto (03 ítems)

II. Variable 2: Retención de restos placentarios (01 ítems)

3.4. TÉCNICA PARA EL PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

3.4.1. TÉCNICA PARA EL PROCESAMIENTO DE DATOS

Los resultados se procesaron manualmente en primera instancia mediante la creación de una base de datos de códigos numéricos, que luego se transfirieron a una base de datos creada en una hoja de cálculo Excel 2021 donde se realizaron los cálculos matemáticos correspondientes para cada una de las dimensiones identificadas; para procesar los datos finalmente se utilizó el software estadístico IBM SSPS Versión 27 para Windows. Los datos también se presentaron en tablas y gráficos, es decir, expresados en frecuencia y porcentaje, basados en las dimensiones tomadas en consideración en el estudio respectivo. Esto permitió un adecuado y preciso análisis e interpretación de cada tabla que se presentó, la cual estuvo relacionada con el marco teórico de las variables objeto de estudio en esta investigación.

3.4.2. TÉCNICA PARA ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se empleó estadística descriptiva e inferencial para el análisis de los datos. La estadística inferencial incluyó la prueba de normalidad y, según sus resultados, se aplicaron pruebas no paramétricas como Chi cuadrado, la prueba exacta de Fisher y la U de Mann-Whitney para

evaluar la correlación de hipótesis. Por otro lado, la estadística descriptiva se representó mediante tablas cruzadas y gráficos estadísticos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. PROCESAMIENTO DE DATOS DESCRIPTIVOS

4.1.1. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LA VARIABLE DE SUPERVISIÓN DIAGNÓSTICA

Tabla 1. Distribución según el diagnóstico que obtuvieron las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024

VARIABLE DE SUPERVISIÓN	Puérperas n = 80			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Diagnóstico de retención de restos placentarios				
Si (diagnóstico definitivo)	57	71.3	71.3	71.3
No (diagnóstico presuntivo)	23	28.7	28.7	100.0
Total	80	100.0	100.0	

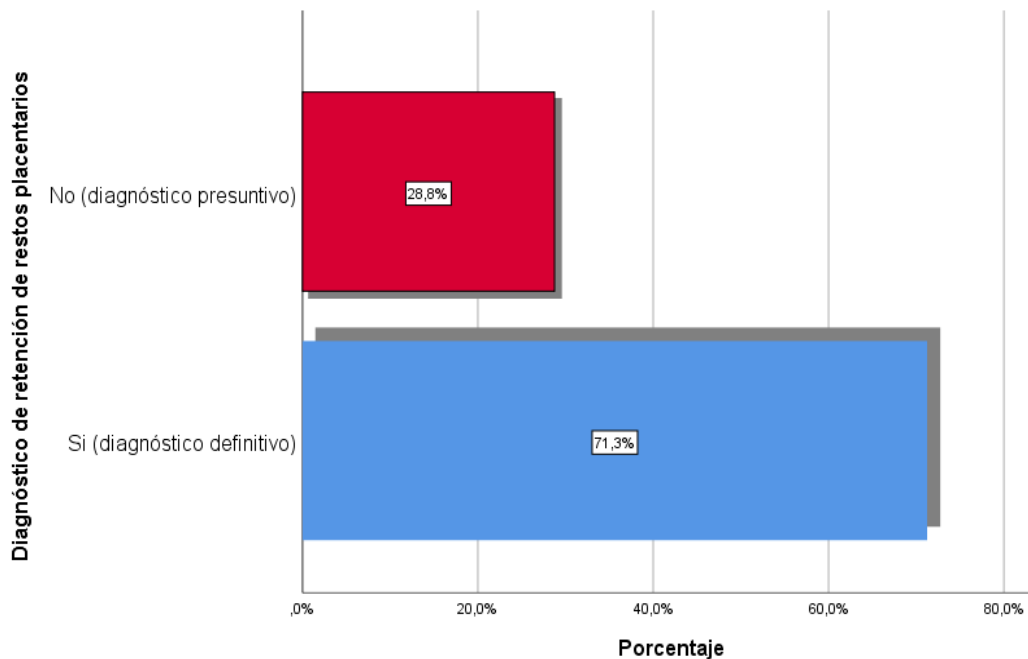


Figura 1. Distribución según el diagnóstico que obtuvieron las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024

Interpretación de datos

Al analizar el diagnóstico de las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán, se identificó que, de un total de 80 casos, el 71.3% (n=57) recibió un diagnóstico definitivo de retención de restos placentarios, mientras que el 28.7% (n=23) presentó un diagnóstico presuntivo.

4.1.2. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LAS CARACTERÍSTICAS GENERALES DEMOGRÁFICAS

Tabla 2. Distribución de edad de las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	Puérperas (n = 80)			
	Retención de restos placentarios			
	Diagnóstico definitivo		Diagnóstico presuntivo	
	fi	%	fi	%
Edad				
14 – 21 años	18	31.6	7	30.4
22 – 30 años	24	42.1	11	47.8
31 – 37 años	6	10.5	3	13.0
38 a más	9	15.8	2	8.7
Total	57	100.0	23	100.0

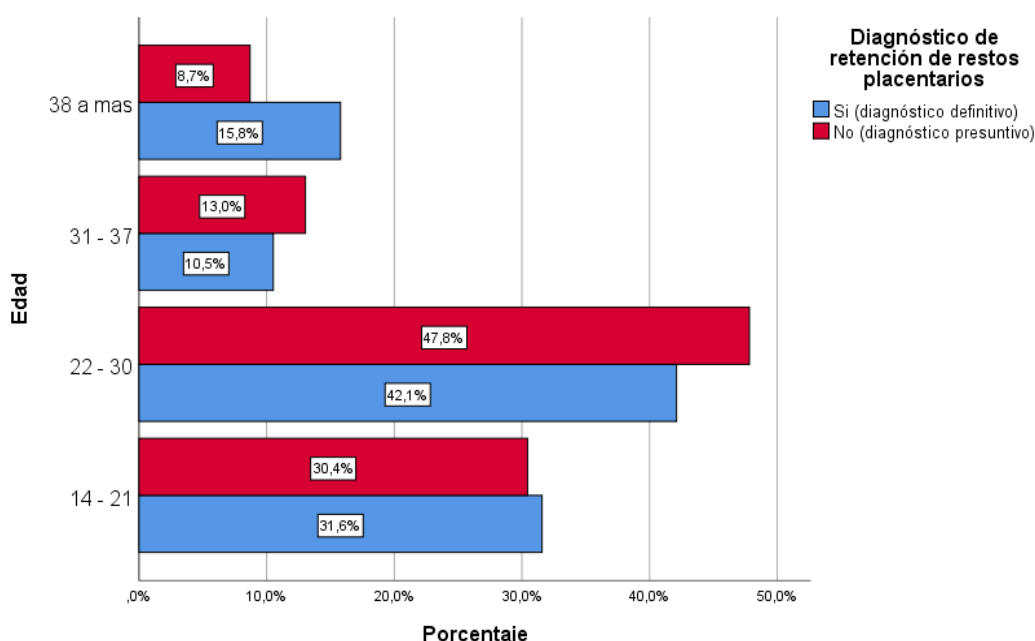


Figura 2. Distribución de edad de las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024

Interpretación de datos

En relación con la edad de las puérperas, dentro del grupo con diagnóstico definitivo, la mayor proporción (42.1%; n=24) se ubicó en el rango de 22 a 30 años, seguida por el 31.6% (n=18) entre 14 y 21 años. Un 15.8% (n=9) correspondió a mujeres de 38 años o más, mientras que el 10.5% (n=6) tenía entre 31 y 37 años. En el grupo con diagnóstico presuntivo, el 47.8% (n=11) tenía entre 22 y 30 años, el 30.4% (n=7) entre 14 y 21 años, el 13.0% (n=3) entre 31 y 37 años y el 8.7% (n=2) tenía 38 años o más.

Tabla 3. Distribución del grado de instrucción de las púerperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	Púerperas (n = 80)			
	Retención de restos placentarios			
	Diagnóstico definitivo		Diagnóstico presuntivo	
	fi	%	fi	%
Grado de instrucción				
Sin instrucción	3	5.3	0	0.0
Primaria	14	24.6	4	17.4
Secundaria	33	57.9	14	60.9
Superior no universitario (instituto)	6	10.5	3	13.0
Superior universitario	1	1.8	2	8.7
Total	57	100.0	23	100.0

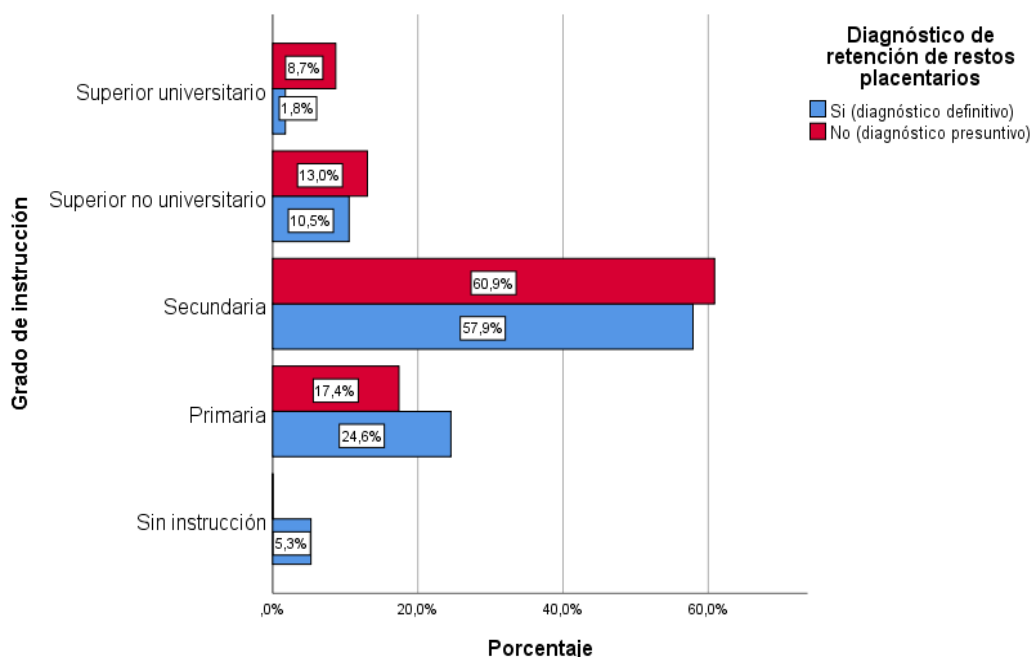


Figura 3. Distribución del grado de instrucción de las púerperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024

Interpretación de datos

En cuanto al grado de instrucción, dentro del grupo de púerperas con diagnóstico definitivo de retención de restos placentarios, el 57.9% (n=33) tenía educación secundaria como máximo nivel alcanzado al momento de la atención, seguido del 24.6% (n=14) con educación primaria. Un 10.5% (n=6) contaba con formación superior no universitaria, el 5.3% (n=3) no tenía instrucción y solo el 1.8% (n=1) había cursado estudios superiores universitarios. En el grupo con diagnóstico presuntivo, el 60.9% (n=14) tenía nivel secundario, el 17.4% (n=4) educación primaria, el 13.0% (n=3) formación superior no universitaria y el 8.7% (n=2) estudios superiores universitarios.

Tabla 4. Distribución del estado civil de las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	Puérperas (n = 80)			
	Retención de restos placentarios			
	Diagnóstico definitivo		Diagnóstico presuntivo	
	fi	%	fi	%
Estado civil				
Soltera	11	19.3	4	17.4
Casada	11	19.3	6	26.1
Conviviente	35	61.4	13	56.5
Total	57	100.0	23	100.0

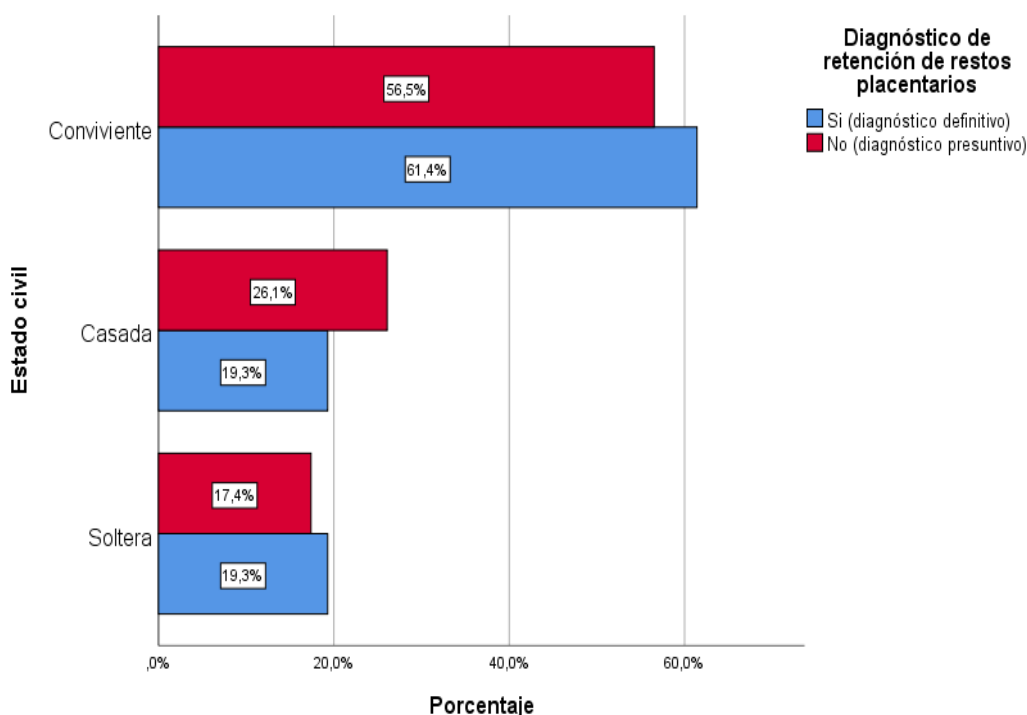


Figura 4. Distribución del estado civil de las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024

Interpretación de datos

En cuanto a la distribución del estado civil, dentro del grupo de puérperas con diagnóstico definitivo de retención de restos placentarios, el 61.4% (n=35) convivía con su pareja, mientras que el 19.3% (n=11) eran casadas y el mismo porcentaje correspondía a mujeres solteras. En el grupo con diagnóstico presuntivo, el 56.5% (n=13) se encontraba en situación de convivencia, el 26.1% (n=6) estaban casadas y el 17.4% (n=4) eran solteras.

Tabla 5. Distribución de religión de las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	Puérperas (n = 80)			
	Retención de restos placentarios			
	Diagnóstico definitivo		Diagnóstico presuntivo	
	fi	%	fi	%
Religión				
Católica	41	71.9	21	91.3
Evangélica	14	24.6	1	4.3
Mormón	2	3.5	1	4.3
Total	57	100.0	23	100.0

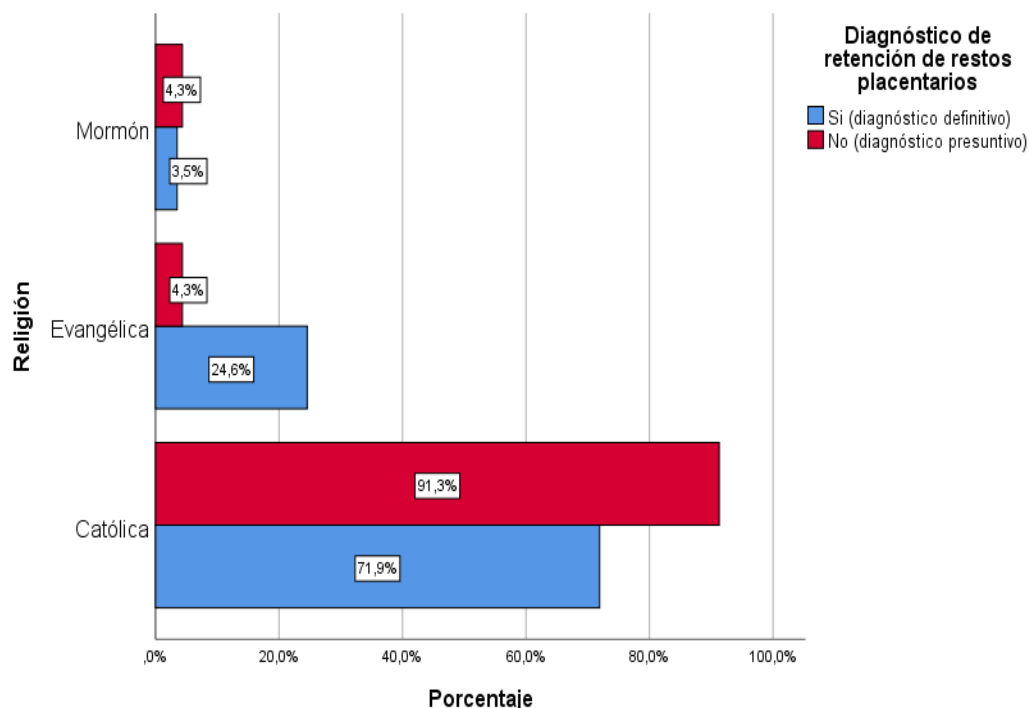


Figura 5. Distribución de religión de las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024

Interpretación de datos

En relación con la afiliación religiosa de las puérperas, dentro del grupo con diagnóstico definitivo de retención de restos placentarios (n=57), el 71.9% (n=41) se identificó como católico, seguido del 24.6% (n=14) que profesaba la fe evangélica y el 3.5% (n=2) que pertenecía a la Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días (mormones). Por otro lado, en el grupo con diagnóstico presuntivo, el 91.3% (n=21) eran católicas, mientras que el 4.3% (n=1) eran evangélicas y mormonas, respectivamente.

Tabla 6. Distribución de ocupación de las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	Puérperas (n = 80)			
	Retención de restos placentarios			
	Diagnóstico definitivo		Diagnóstico presuntivo	
	fi	%	fi	%
Ocupación				
Ama de casa	49	86.0	18	78.3
Estudiante	3	5.3	2	8.7
Trabajadora independiente	3	5.3	1	4.3
Trabajadora dependiente	2	3.5	2	8.7
Total	57	100.0	23	100.0

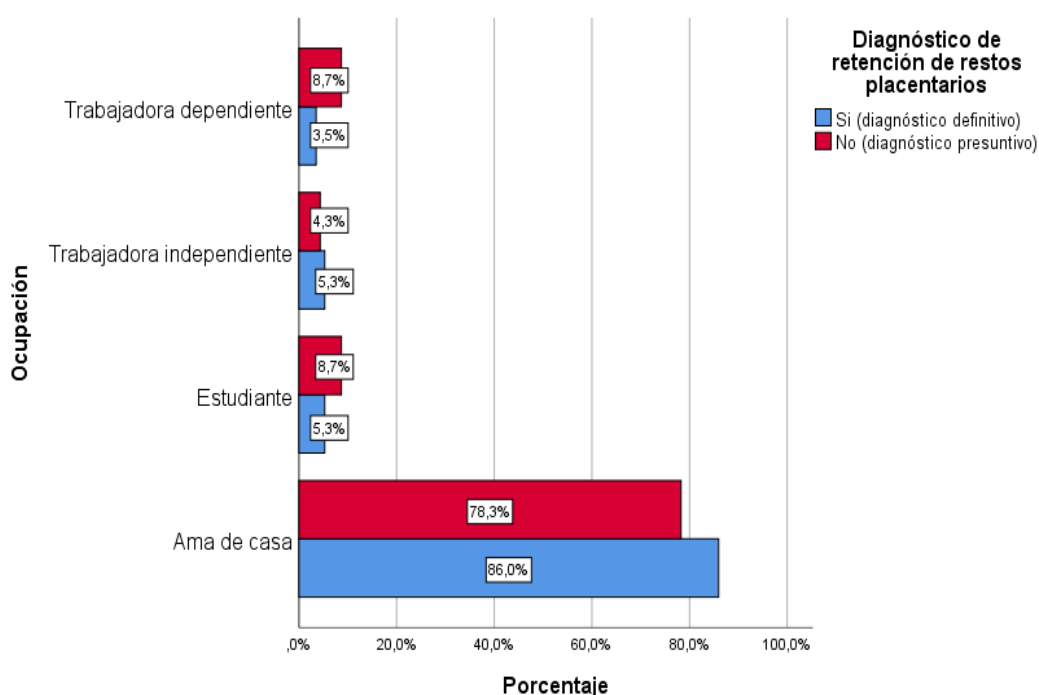


Figura 6. Distribución de ocupación de las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024

Interpretación de datos

Al analizar la distribución ocupacional de las puérperas, se observa que, en el grupo con diagnóstico definitivo de retención de restos placentarios, el 86.0% (n=49) se dedicaba a labores del hogar, el 5.3% (n=3) eran estudiantes y trabajadoras independientes, y el 3.5% (n=2) eran trabajadoras dependientes. Por otro lado, en el grupo con diagnóstico presuntivo, el 78.3% (n=18) eran amas de casa, el 8.7% (n=2) eran estudiantes y trabajadoras dependientes, mientras que el 4.3% (n=1) se desempeñaba como trabajadora independiente.

Tabla 7. Distribución de procedencia de las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	Puérperas (n = 80)			
	Retención de restos placentarios			
	Diagnóstico definitivo		Diagnóstico presuntivo	
	fi	%	fi	%
Procedencia				
Rural	44	77.2	18	78.3
Urbano	13	22.8	5	21.7
Total	57	100.0	23	100.0

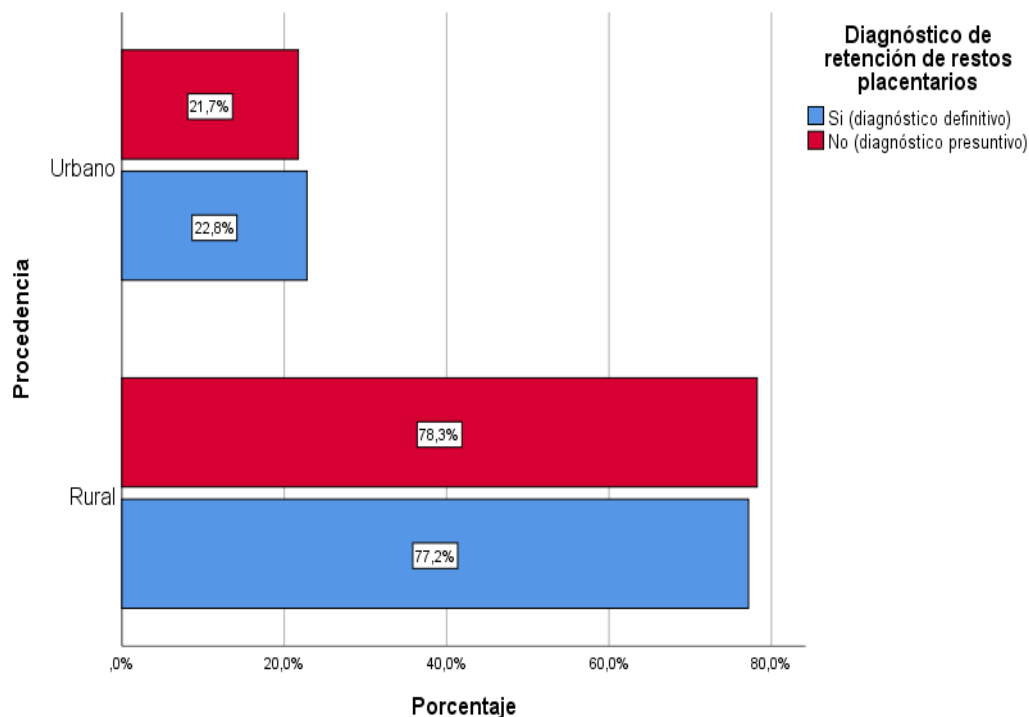


Figura 7. Distribución de procedencia de las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024

Interpretación de datos

Respecto a la procedencia de las puérperas, se observa que la mayoría de aquellas con diagnóstico definitivo de retención de restos placentarios provenían de áreas rurales (77.2%; n=44), mientras que un menor porcentaje residía en zonas urbanas (22.8%; n=13). De manera similar, en el grupo sin diagnóstico definitivo, el 78.3% (n=18) tenía origen rural, en contraste con el 21.7% (n=5) que provenía de áreas urbanas.

4.1.3. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LAS CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

A. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS ANTEPARTO

Tabla 8. Distribución de paridad de las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS ANTEPARTO	Puérperas (n = 80)			
	Retención de restos placentarios			
	Diagnóstico definitivo		Diagnóstico presuntivo	
	fi	%	fi	%
Paridad				
Primípara (1 parto)	22	38.6	12	52.2
Secundípara (2 partos)	19	33.3	7	30.4
Múltipara (3 a 5 partos)	13	22.8	3	13.0
Gran múltipara (≥ 6 partos)	3	5.3	1	4.3
Total	57	100.0	23	100.0

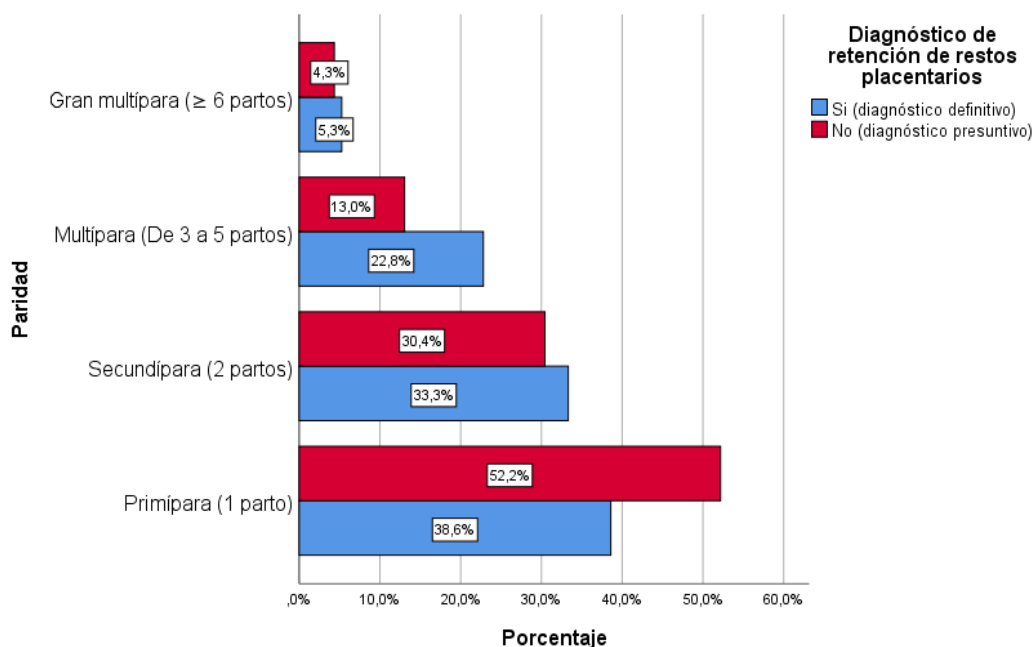


Figura 8. Distribución de paridad de las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024

Interpretación de datos

Al evaluar la paridad de las puérperas analizadas, se encontró que, en el grupo con diagnóstico definitivo de retención de restos placentarios, el 38.6% (n=22) correspondía a primíparas, seguido del 33.3% (n=19) que eran secundíparas. Asimismo, el 22.8% (n=13) eran múltiparas y el 5.3% (n=3) presentaban gran multiparidad. En cuanto al grupo con sospecha diagnóstica, el 52.2% (n=12) eran primíparas, el 30.4% (n=7) secundíparas, el 13.0% (n=3) múltiparas y el 4.3% (n=1) gran múltipara.

Tabla 9. Distribución del periodo intergenésico de las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS ANTEPARTO	Puérperas (n = 80)			
	Retención de restos placentarios			
	Diagnóstico definitivo		Diagnóstico presuntivo	
	fi	%	fi	%
Periodo intergenésico (PIG)				
Sin periodo intergenésico	20	35.1	6	26.1
Corto (< a 24 meses)	16	28.1	8	34.8
Normal (24 a 48 meses)	9	15.8	5	21.7
Largo (> a 48 meses)	12	21.1	4	17.4
Total	57	100.0	23	100.0

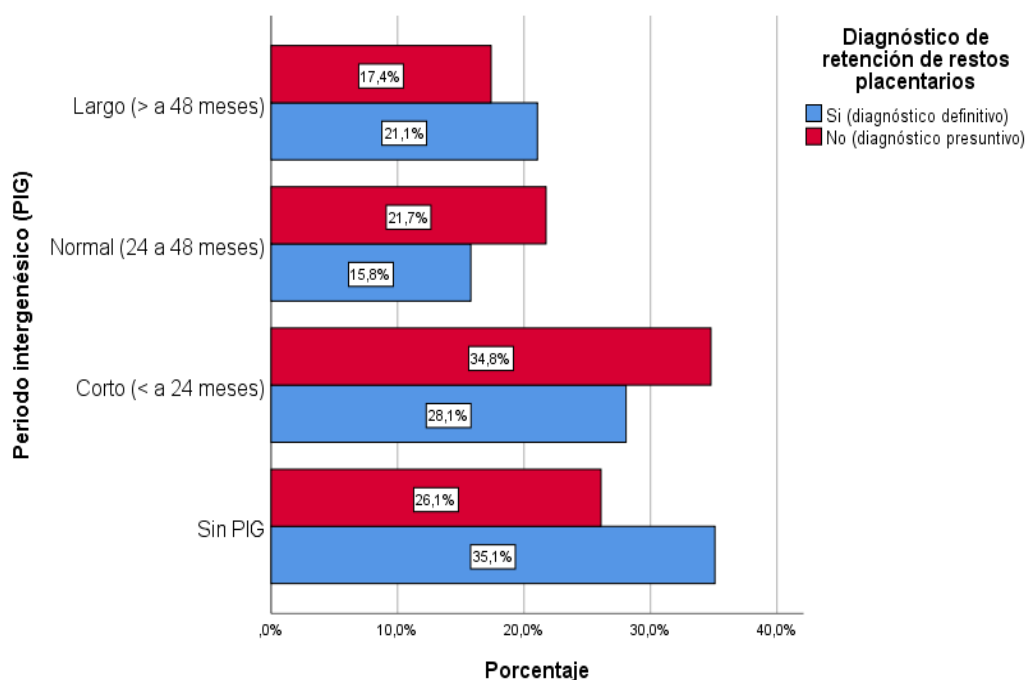


Figura 9. Distribución del periodo intergenésico de las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024

Interpretación de datos

En relación con el periodo intergenésico, dentro del grupo con diagnóstico definitivo de retención de restos placentarios, el 35.1% (n=20) aún no había completado un intervalo intergenésico, mientras que el 28.1% (n=16) presentó un periodo corto. Asimismo, en el 21.1% (n=12) el intervalo fue prolongado y en el 15.8% (n=9) se encontró dentro del rango considerado normal. En el grupo sin diagnóstico definitivo, el 34.8% (n=8) tuvo un periodo intergenésico corto, el 26.1% (n=6) aún no había iniciado uno, el 21.7% (n=5) presentó un intervalo normal y el 17.4% (n=4) mostró un periodo prolongado.

Tabla 10. Distribución de ruptura prematura de membranas de las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS ANTEPARTO	Puérperas (n = 80)			
	Retención de restos placentarios			
	Diagnóstico definitivo		Diagnóstico presuntivo	
	fi	%	fi	%
Ruptura prematura de membranas (RPM)				
Si presentó	4	7.0	3	13.0
No presentó	53	93.0	20	87.0
Total	57	100.0	23	100.0

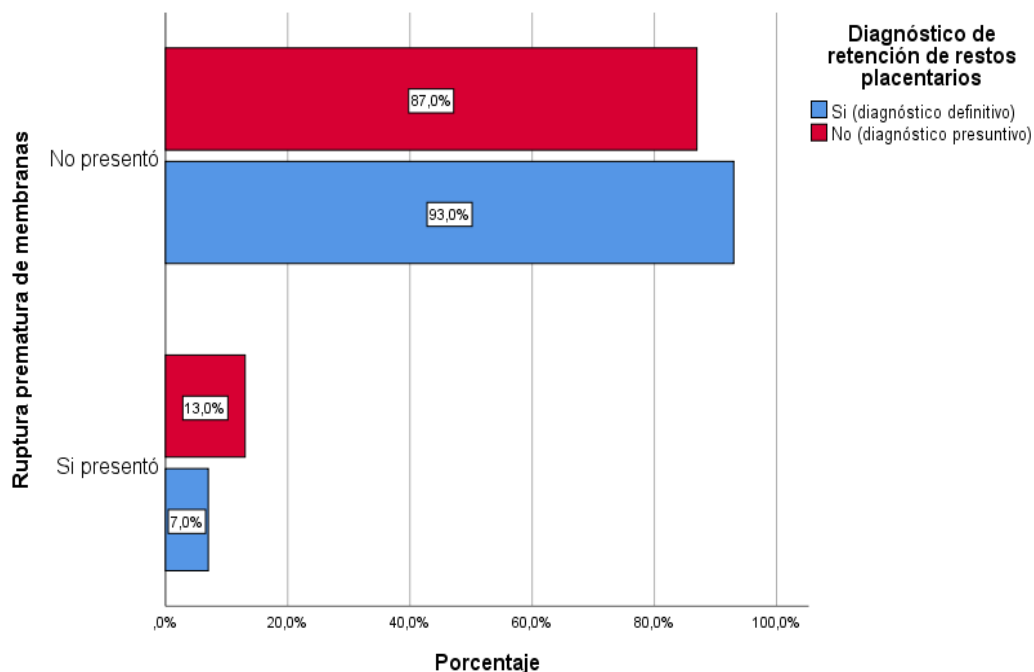


Figura 10. Distribución de ruptura prematura de membranas de las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024

Interpretación de datos

La ruptura prematura de membranas (RPM) fue un evento poco frecuente en ambas poblaciones analizadas. Dentro del grupo con diagnóstico definitivo de retención de restos placentarios, la gran mayoría de puérperas (93.0%; n=53) no presentó esta condición, mientras que un 7.0% (n=4) sí la experimentó. De manera similar, en el grupo con diagnóstico presuntivo, el 87.0% (n=20) no evidenció RPM, en contraste con el 13.0% (n=3) que sí la presentó.

Tabla 11. Distribución de la enfermedad hipertensiva del embarazo en puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS ANTEPARTO	Puérperas (n = 80)			
	Retención de restos placentarios			
	Diagnóstico definitivo		Diagnóstico presuntivo	
	fi	%	fi	%
Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (EHE)				
Si presentó	3	5.3	0	0.0
No presentó	54	94.7	23	100.0
Total	57	100.0	23	100.0

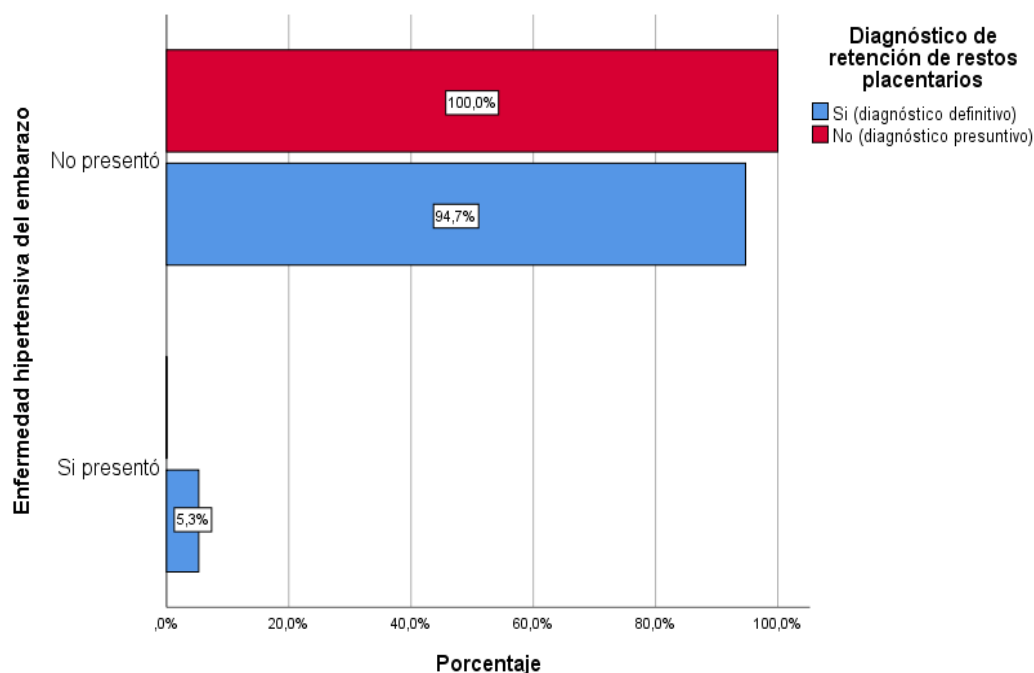


Figura 11. Distribución de la enfermedad hipertensiva del embarazo en puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024

Interpretación de datos

La enfermedad hipertensiva en el embarazo no fue una condición predominante en las puérperas evaluadas. En el grupo con diagnóstico definitivo de retención de restos placentarios, solo el 5.3% (n=3) presentó esta patología, mientras que el 94.7% (n=54) no mostró signos de hipertensión gestacional. En contraste, ninguna de las puérperas con diagnóstico presuntivo (100.0%; n=23) manifestó esta condición, evidenciando una ausencia total de casos en este subgrupo.

Tabla 12. Distribución de antecedente de cesárea en púerperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS ANTEPARTO	Púerperas (n = 80)			
	Retención de restos placentarios			
	Diagnóstico definitivo		Diagnóstico presuntivo	
	fi	%	fi	%
Antecedente de cesárea				
Si aplica	5	8.8	1	4.3
No aplica	52	91.2	22	95.7
Total	57	100.0	23	100.0

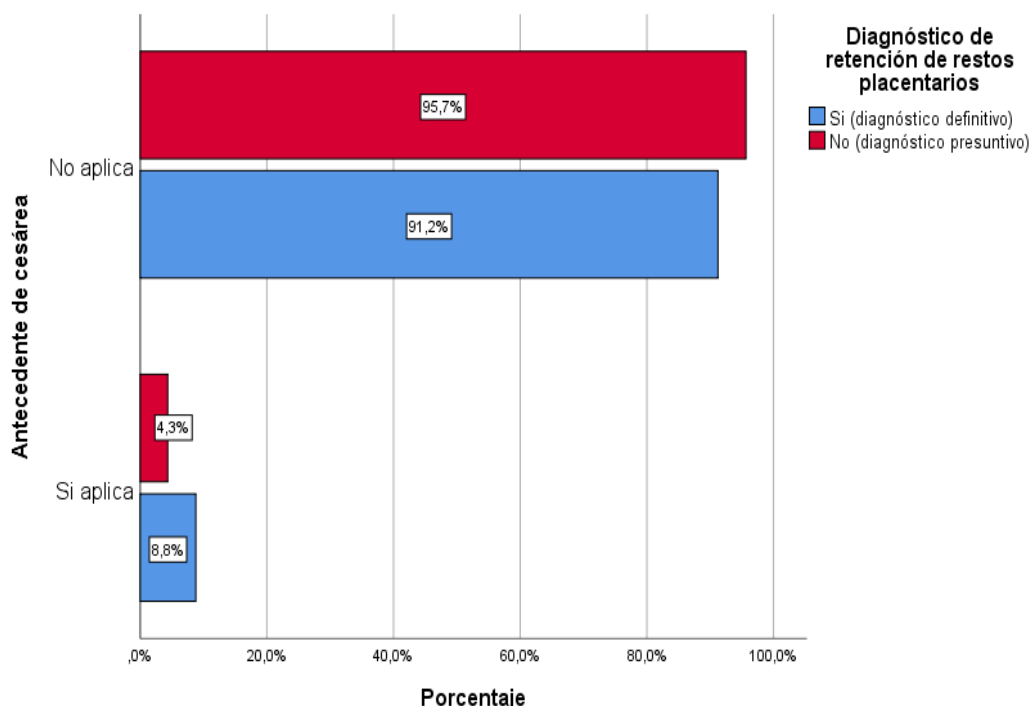


Figura 12. Distribución de antecedente de cesárea en púerperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024

Interpretación de datos

El antecedente de cesárea fue poco frecuente en ambas poblaciones analizadas. En el grupo con diagnóstico definitivo de retención de restos placentarios, la mayoría de las púerperas (91.2%; n=52) no presentaba cesáreas previas, mientras que el 8.8% (n=5) sí tenía este antecedente. De manera similar, en el grupo con diagnóstico presuntivo, el 95.7% (n=22) no reportó cesáreas previas, en contraste con el 4.3% (n=1) que sí lo hizo.

Tabla 13. Distribución de antecedente de aborto en puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS ANTEPARTO	Puérperas (n = 80)			
	Retención de restos placentarios			
	Diagnóstico definitivo		Diagnóstico presuntivo	
	fi	%	fi	%
Antecedente de aborto				
Si presentó	13	22.8	3	13.0
No presentó	44	77.2	20	87.0
Total	57	100.0	23	100.0

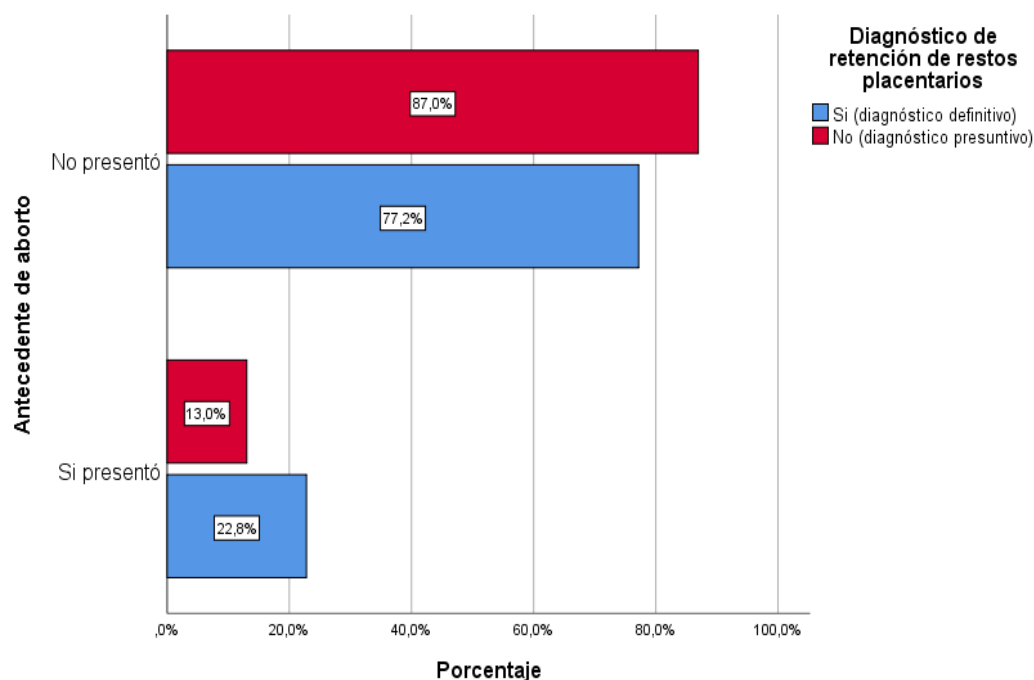


Figura 13. Distribución de antecedente de aborto en puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024

Interpretación de datos

El antecedente de aborto estuvo presente en una minoría de las puérperas evaluadas. En el grupo con diagnóstico definitivo de retención de restos placentarios, el 22.8% (n=13) refirió haber tenido al menos un aborto previo, mientras que el 77.2% (n=44) no presentó este antecedente. De manera similar, en el grupo con diagnóstico presuntivo, el 13.0% (n=3) reportó antecedentes de aborto, en contraste con el 87.0% (n=20) que no los tuvo.

B. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DURANTE EL PARTO

Tabla 14. Distribución de la duración del parto en puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DURANTE EL PARTO	Puérperas (n = 80)			
	Retención de restos placentarios			
	Diagnóstico definitivo		Diagnóstico presuntivo	
	fi	%	fi	%
Duración del parto				
Precipitado (< a 3 horas)	7	12.3	2	8.7
Normal (4 a 12 horas)	48	84.2	21	91.3
Prolongado (> a 12 horas)	2	3.5	0	0.0
Total	57	100.0	23	100.0

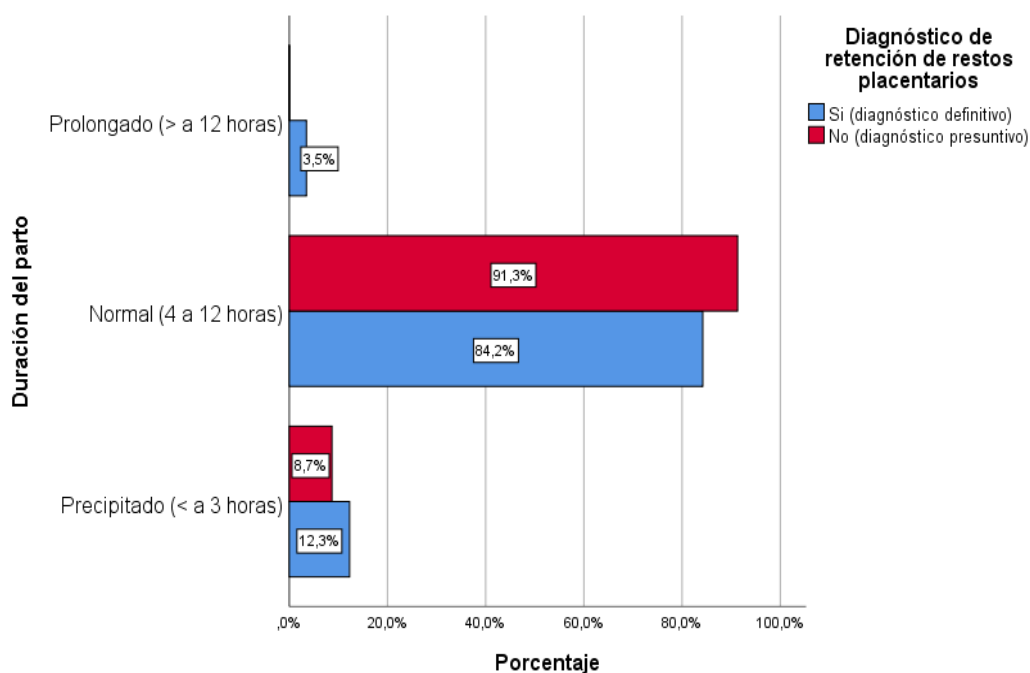


Figura 14. Distribución de la duración del parto en puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024

Interpretación de datos

En cuanto a la duración del parto, la mayoría de las puérperas presentaron una evolución dentro del rango normal. En el grupo con diagnóstico definitivo de retención de restos placentarios, el 84.2% (n=48) tuvo un parto de duración esperada, mientras que el 12.3% (n=7) experimentó un parto precipitado y el 3.5% (n=2) presentó un parto prolongado. De manera similar, en el grupo con diagnóstico presuntivo, el 91.3% (n=21) tuvo un parto con duración normal, mientras que el 8.7% (n=2) cursó con parto precipitado.

Tabla 15. Distribución del tipo de parto en puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DURANTE EL PARTO	Puérperas (n = 80)			
	Retención de restos placentarios			
	Diagnóstico definitivo		Diagnóstico presuntivo	
	fi	%	fi	%
Tipo del parto				
Vaginal	56	98.2	23	100.0
Cesárea	1	1.8	0	0.0
Total	57	100.0	23	100.0

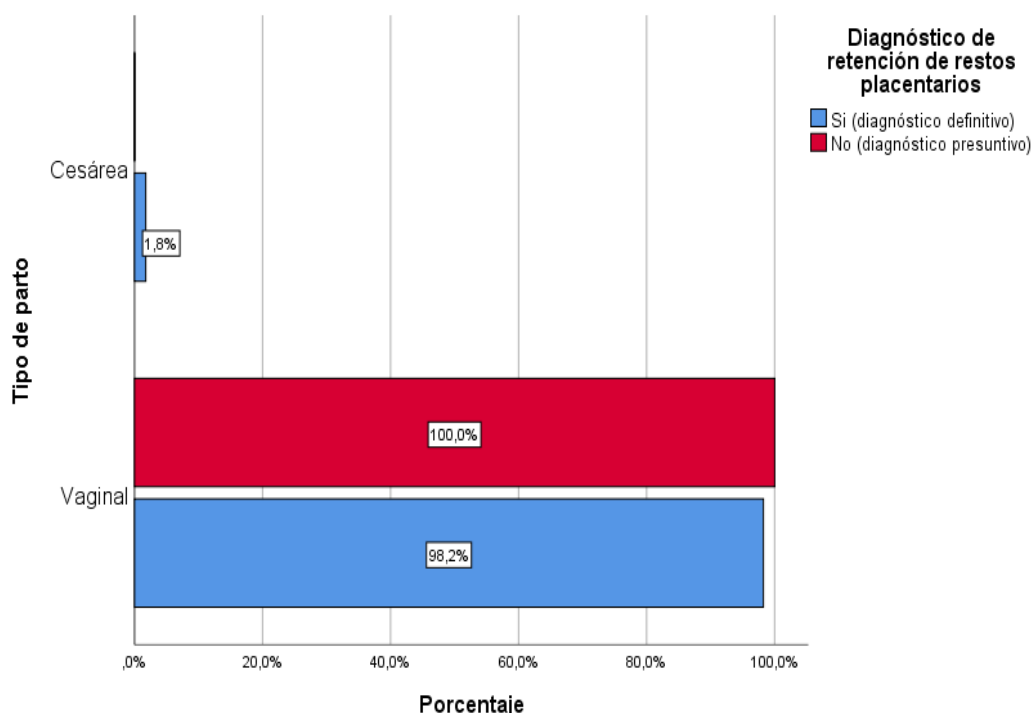


Figura 15. Distribución del tipo de parto en puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024

Interpretación de datos

Al analizar el tipo de parto, se observó que, en el grupo de puérperas con diagnóstico definitivo de ruptura prematura de membranas, el 98.2% (n=56) tuvo un parto vaginal, mientras que el 1.8% (n=1) requirió una cesárea. Por otro lado, en el grupo con diagnóstico presuntivo, el 100.0% (n=23) de las puérperas tuvo un parto vaginal.

Tabla 16. Distribución de algunas complicaciones del parto en púerperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DURANTE EL PARTO	Púerperas (n = 80)			
	Retención de restos placentarios			
	Diagnóstico definitivo		Diagnóstico presuntivo	
	fi	%	fi	%
Complicaciones presentadas al momento del parto				
No presentó	53	93.0	22	95.7
Distocia de hombros	1	1.8	1	4.3
Hemorragia posparto	3	5.3	0	0.0
Total	57	100.0	23	100.0

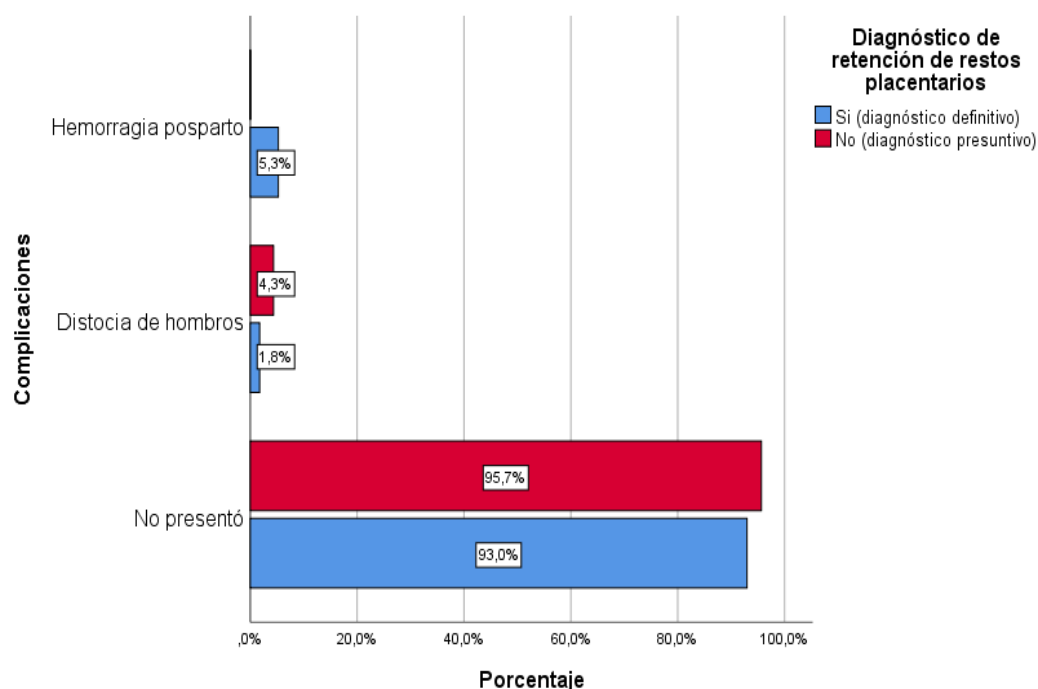


Figura 16. Distribución de algunas complicaciones del parto en púerperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024

Interpretación de datos

En relación con las complicaciones durante el parto, la mayoría de las púerperas no presentó eventos adversos. Dentro del grupo con diagnóstico definitivo de retención de restos placentarios, el 93.0% (n=53) tuvo un parto sin complicaciones, mientras que el 5.3% (n=3) presentó hemorragia posparto y el 1.8% (n=1) experimentó distocia de hombros. En el grupo con diagnóstico presuntivo, el 95.7% (n=22) no reportó complicaciones, mientras que el 4.3% (n=1) presentó distocia de hombros.

C. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS POSTPARTO

Tabla 17. Distribución de modalidad de alumbramiento de las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS POSTPARTO	Puérperas (n = 80)			
	Retención de restos placentarios			
	Diagnóstico definitivo		Diagnóstico presuntivo	
	fi	%	fi	%
Modalidad de alumbramiento (expulsión de la placenta)				
Schultz	21	36.8	19	82.6
Duncan	36	63.2	4	17.4
Total	57	100.0	23	100.0

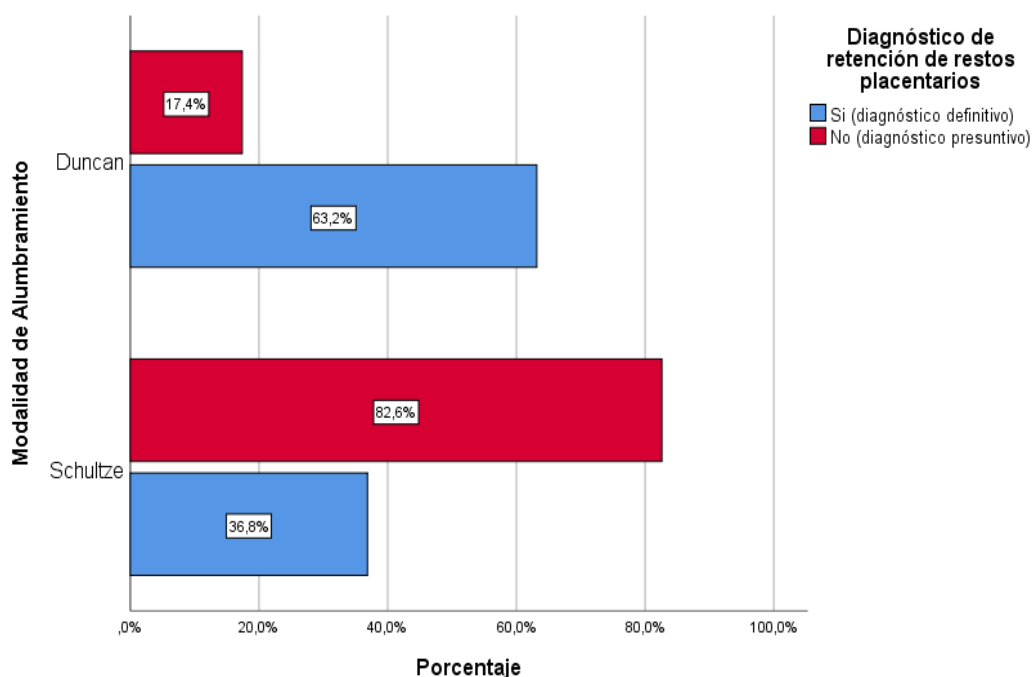


Figura 17. Distribución de modalidad de alumbramiento de las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024

Interpretación de datos

En cuanto a la modalidad de alumbramiento, se observó una diferencia en la distribución entre ambos grupos. En las puérperas con diagnóstico definitivo de retención de restos placentarios, el mecanismo de expulsión placentaria predominante fue el tipo Duncan en el 63.2% (n=36), mientras que el 36.8% (n=21) presentó un alumbramiento de tipo Schultz. En contraste, dentro del grupo sin diagnóstico definitivo, la mayoría (82.6%; n=19) tuvo un alumbramiento tipo Schultz, mientras que el 17.4% (n=4) correspondió al tipo Duncan.

Tabla 18. Distribución del tiempo de duración del alumbramiento de las púerperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS POSTPARTO	Púerperas (n = 80)			
	Retención de restos placentarios			
	Diagnóstico definitivo		Diagnóstico presuntivo	
	fi	%	fi	%
Tiempo de alumbramiento (en minutos)				
Menor de 15 minutos	51	89.5	20	87.0
Entre 15 y 30 minutos	5	8.8	3	13.0
Mayor de 30 minutos	1	1.8	0	0.0
Total	57	100.0	23	100.0

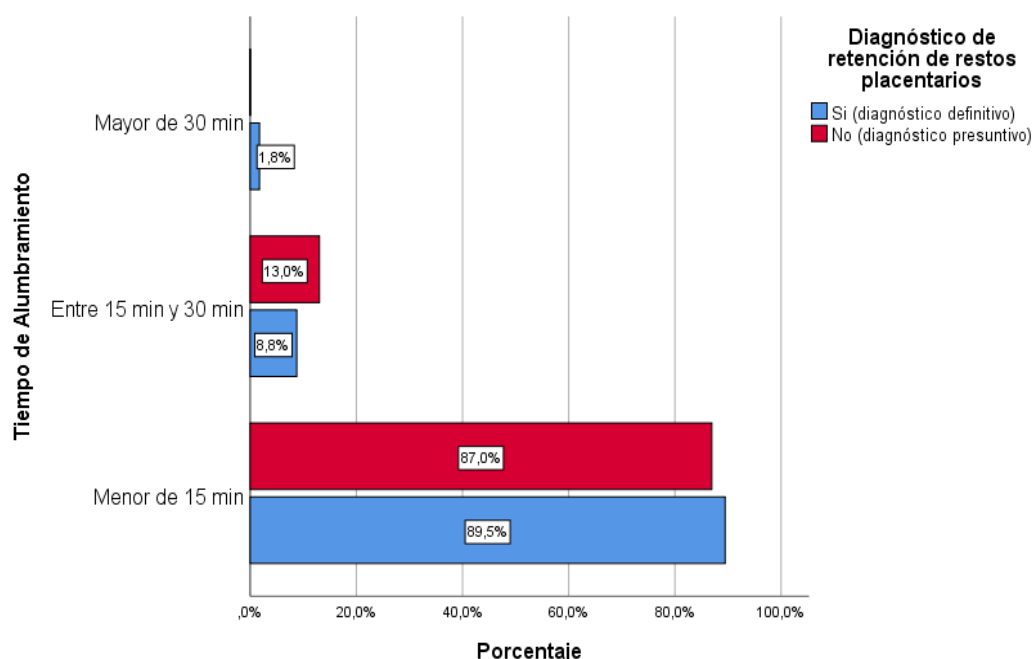


Figura 18. Distribución del tiempo de duración del alumbramiento de las púerperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024

Interpretación de datos

Respecto al tiempo de duración del alumbramiento, en el grupo con diagnóstico definitivo de retención de restos placentarios, la mayoría de las púerperas (89.5%; n=51) experimentó un alumbramiento en menos de 15 minutos. Un 8.8% (n=5) presentó una duración entre 15 y 30 minutos, mientras que en el 1.8% (n=1) el proceso se extendió por más de 30 minutos. En el grupo con diagnóstico presuntivo, el 87.0% (n=20) tuvo un alumbramiento en menos de 15 minutos, mientras que el 13.0% (n=3) presentó una duración entre 15 y 30 minutos.

Tabla 19. Distribución del tipo de alumbramiento de las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS POSTPARTO	Puérperas (n = 80)			
	Retención de restos placentarios			
	Diagnóstico definitivo		Diagnóstico presuntivo	
	fi	%	fi	%
Tipo de alumbramiento				
Esponáneo	13	22.8	4	17.4
Dirigido	44	77.2	19	82.6
Total	57	100.0	23	100.0

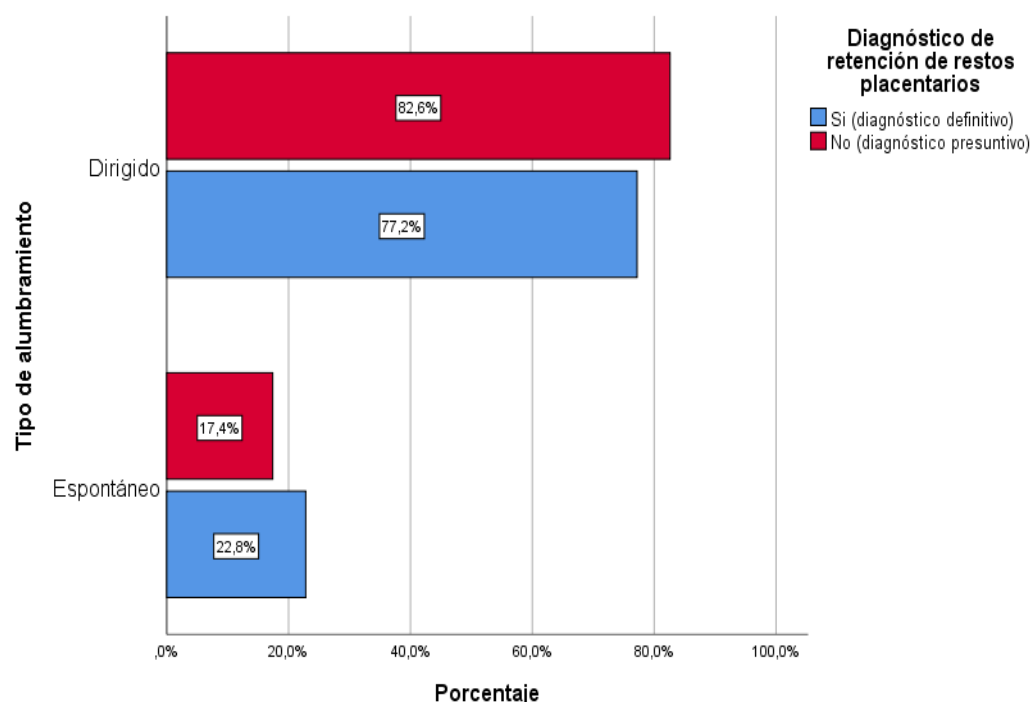


Figura 19. Distribución del tipo de alumbramiento de las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024

Interpretación de datos

En cuanto al tipo de alumbramiento, se observó que en el grupo con diagnóstico definitivo de retención de restos placentarios (n=57), la mayoría de las puérperas (77.4%; n=44) presentó un alumbramiento dirigido, mientras que el 22.8% (n=13) tuvo un alumbramiento espontáneo. De manera similar, en el grupo con diagnóstico presuntivo (n=23), el 82.6% (n=19) tuvo un alumbramiento dirigido, mientras que el 17.4% (n=4) presentó un alumbramiento espontáneo.

4.2. PROCESAMIENTO DE DATOS INFERENCIALES

4.2.1. PRUEBAS DE NORMALIDAD

Tabla 20. Prueba de normalidad para las características obstétricas anteparto en puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS ANTEPARTO	Puérperas n = 80	
	Kolmogorov-Smirnov	
	Estadístico	
Paridad	Grado de libertad (gl)	0.258
	Significancia	80
		0.000
Periodo intergenésico (PIG)	Estadístico	0.213
	Grado de libertad (gl)	80
	Significancia	0.000
Ruptura prematura de membranas	Estadístico	0.533
	Grado de libertad (gl)	80
	Significancia	0.000
Enfermedad hipertensiva del embarazo	Estadístico	0.540
	Grado de libertad (gl)	80
	Significancia	0.000
Antecedente de cesárea	Estadístico	0.536
	Grado de libertad (gl)	80
	Significancia	0.000
Antecedente de aborto	Estadístico	0.490
	Grado de libertad (gl)	80
	Significancia	0.000

Tabla 21. Prueba de normalidad para las características obstétricas durante el parto en puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DURANTE EL PARTO	Puérperas n = 80	
	Kolmogorov-Smirnov	
	Estadístico	
Duración del parto	Grado de libertad (gl)	0.483
	Significancia	80
		0.000
Tipo de parto	Estadístico	0.532
	Grado de libertad (gl)	80
	Significancia	0.000
Complicaciones presentadas	Estadístico	0.530
	Grado de libertad (gl)	80
	Significancia	0.000

Tabla 22. Prueba de normalidad para las características obstétricas postparto en puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS POSTPARTO	Puérperas n = 80	
	Kolmogorov-Smirnov	
	Estadístico	
Modalidad de alumbramiento	Grado de libertad (gl)	0.340
	Significancia	80
		0.000
Tiempo de alumbramiento	Estadístico	0.520
	Grado de libertad (gl)	80
	Significancia	0.000
Tipo de alumbramiento	Estadístico	0.485
	Grado de libertad (gl)	80
	Significancia	0.000

Procedimiento inicial: Se evaluó la normalidad de los datos mediante la prueba de hipótesis: (**H₀**: Los datos siguen una distribución normal / **H₁**: Los datos no siguen una distribución normal). Para ello, se utilizó el software estadístico SPSS versión 27 para Windows, considerando un nivel de confianza del 95% ($\alpha = 0.05$). Dado que el tamaño de la muestra fue de 80 casos, distribuidos entre diagnósticos definitivos y presuntivos, se aplicó la **prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov**, recomendada para muestras superiores a 50 observaciones.

Procedimiento de contraste: Se establecieron los criterios de decisión en función del valor de significancia (p-valor): Si $p < 0.05$, se rechaza la hipótesis nula, indicando que los datos no siguen una distribución normal. Sin embargo, si $p \geq 0.05$, no se rechaza la hipótesis nula, lo que sugiere que los datos pueden ajustarse a una distribución normal.

Interpretación de datos

En el análisis de normalidad realizado para las variables relacionadas con el periodo anteparto, intraparto y postparto, se obtuvieron **valores de significancia de $p = 0.000$** en los tres casos. Estos resultados son concluyentes, ya que, al ser menores al umbral de 0.05, nos llevan a rechazar la hipótesis nula que asumía una distribución normal de los datos. Esto significa que la distribución de las variables analizadas **no sigue un patrón normal**, lo que tiene implicancias metodológicas importantes. Si los datos no cumplen con este supuesto, aplicar pruebas paramétricas podría llevar a interpretaciones erróneas. Por ello, se optó por el **uso de pruebas no paramétricas** para las contrastaciones de hipótesis posteriores, que permitieron realizar análisis más precisos y adecuados a la naturaleza de la información obtenida.

4.2.2. CONTRASTACIÓN Y PRUEBA DE HIPÓTESIS

- **Hi₁:** Las características obstétricas anteparto están asociadas a la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2024
- **Ho₁:** Las características obstétricas anteparto no están asociadas a la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2024

Tabla 23. Estadísticos no paramétricos para las características obstétricas anteparto en puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS ANTEPARTO		Puérperas n = 80	
Dimensiones	Estadísticos	Características	Datos numéricos
Paridad	Chi-cuadrado de Pearson	Valor	1.562
		Grado de libertad (df)	3
		Significancia asintótica (bilateral)	0.668
Periodo intergenésico (PIG)	Chi-cuadrado de Pearson	Valor	1.096
		Grado de libertad (df)	3
		Significancia asintótica (bilateral)	0.778
Ruptura prematura de membranas	Prueba exacta de Fisher	Significación exacta (bilateral)	0.404
		Significación exacta (unilateral)	0.321
Enfermedad hipertensiva del embarazo	Prueba exacta de Fisher	Significación exacta (bilateral)	0.553
		Significación exacta (unilateral)	0.356
Antecedente de cesárea	Prueba exacta de Fisher	Significación exacta (bilateral)	0.667
		Significación exacta (unilateral)	0.441
Antecedente de aborto	Prueba exacta de Fisher	Significación exacta (bilateral)	0.376
		Significación exacta (unilateral)	0.254

Interpretación de datos

El análisis no paramétrico mostró que paridad ($p = 0.668$), periodo intergenésico ($p = 0.778$), ruptura prematura de membranas ($p = 0.404$), enfermedad hipertensiva del embarazo ($p = 0.553$), antecedente de cesárea ($p = 0.667$) y antecedente de aborto ($p = 0.376$) presentaron valores de $p > 0.05$, lo que llevó a aceptar la hipótesis nula y descartar una asociación significativa entre las características obstétricas anteparto y la retención de restos placentarios.

- **Hi₂:** Las características obstétricas durante el parto están asociadas a la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2024
- **Ho₂:** Las características obstétricas durante el parto no están asociadas a la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2024

Tabla 24. Estadísticos no paramétricos para las características obstétricas durante el parto en puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DURANTE EL PARTO		Puérperas n = 80	
Dimensiones	Estadísticos	Características	Datos numéricos
Duración del parto	Chi-cuadrado de Pearson	Valor	1.090
		Grado de libertad (df)	2
		Significancia asintótica (bilateral)	0.580
Tipo de parto	Prueba exacta de Fisher	Significación exacta (bilateral)	1.000
		Significación exacta (unilateral)	0.712
Complicaciones presentadas	Chi-cuadrado de Pearson	Valor	1.664
		Grado de libertad (df)	2
		Significancia asintótica (bilateral)	0.435

Interpretación de datos

Los análisis estadísticos realizados a través de pruebas no paramétricas indican que no existe una relación significativa entre las características obstétricas durante el parto y la retención de restos placentarios. En detalle, los valores de significancia obtenidos para la duración del parto ($p=0.580$), el tipo de parto ($p=1.000$) y las complicaciones presentadas ($p=0.435$) son superiores al umbral de 0.05, lo que lleva a aceptar la hipótesis nula. Esto implica que dichas variables no presentan diferencias estadísticamente significativas en la incidencia de retención de restos placentarios, sugiriendo que la evolución del trabajo de parto, independientemente de su duración, modalidad o presencia de complicaciones, no constituye un factor determinante en la aparición de esta condición.

- **Hi₃:** Las características obstétricas postparto están asociadas a la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2024
- **Ho₃:** Las características obstétricas postparto no están asociadas a la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2024

Tabla 25. Estadísticos no paramétricos para las características obstétricas postparto en puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco 2024

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS POSTPARTO		Puérperas n = 80	
Dimensiones	Estadísticos	Características	Datos numéricos
Modalidad de alumbramiento	Chi-cuadrado de Pearson	Valor	13.730
		Grado de libertad (df)	1
		Significancia asintótica (bilateral)	0.000
Tiempo de alumbramiento	U de Mann-Whitney	Valor	640.500
		Significancia asintótica (bilateral)	0.771
Tipo de alumbramiento	Prueba exacta de Fisher	Significación exacta (bilateral)	0.765
		Significación exacta (unilateral)	0.417

Interpretación de datos

Al evaluar la relación entre las características obstétricas posparto y la retención de restos placentarios, se evidencia que únicamente la modalidad de alumbramiento muestra una asociación significativa con esta condición ($p=0.000$), al presentar un valor de significancia inferior a 0.05. Esto indica que dicha variable influye en la presencia de retención de restos placentarios. En contraste, tanto el tiempo de alumbramiento ($p=0.640$) como el tipo de alumbramiento ($p=0.417$) exhiben valores superiores al umbral de significancia estadística, lo que descarta una relación entre estas variables y la retención de restos placentarios, reforzando así la aceptación de la hipótesis nula en estos casos.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1. CONTRASTACIÓN DE RESULTADOS

La retención de restos placentarios es una complicación obstétrica que puede generar consecuencias adversas en la salud materna, incluyendo hemorragia posparto y la necesidad de procedimientos quirúrgicos adicionales. A pesar de los avances en la atención perinatal, esta condición sigue siendo un problema recurrente en los hospitales, lo que resalta la importancia de identificar los factores que podrían estar asociados a su aparición. En este contexto, las características obstétricas de las puérperas representan un conjunto de variables clave que pueden influir en el desarrollo de esta complicación, desde antecedentes obstétricos hasta eventos intraparto y postparto.

En el Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, la retención de restos placentarios continúa siendo una de las principales causas de morbilidad materna en el periodo puerperal. Sin embargo, la relación entre las características obstétricas y la ocurrencia de esta condición no ha sido ampliamente estudiada en este contexto, lo que genera un vacío de conocimiento que dificulta la implementación de estrategias preventivas efectivas.

En el presente estudio, se identificó que, en el grupo con diagnóstico definitivo de retención de restos placentarios, la mayoría de las puérperas tenían entre 22 y 30 años (55.2%), tenían educación secundaria (66.3%), convivían con su pareja (73.9%), eran católicas (80.5%), se dedicaban a labores del hogar (69.4%) y provenían de zonas rurales (60.2%). En el grupo con diagnóstico presuntivo, las proporciones fueron similares: 51.6% tenían entre 22 y 30 años, 63.1% tenían educación secundaria, 70.3% convivían con su pareja, 78.6% eran católicas, 65.1% se dedicaban a labores del hogar y 57.4% provenían de zonas rurales. Este perfil sociodemográfico es similar al reportado por Lupaca ⁽²⁸⁾, quien encontró que la mayoría de las puérperas con hemorragia posparto tenían entre 18 y 34 años, educación secundaria y provenían de zonas urbanas, sugiriendo que dichos factores sociodemográficos pueden variar según el contexto geográfico y hospitalario.

En relación con las características obstétricas anteparto, se encontró que, en el diagnóstico definitivo, el 54.8% de las puérperas eran primíparas, el 49.3% tuvo un periodo intergenésico corto o ausente, mientras que la incidencia de ruptura prematura de membranas (RPM) fue del 11.1%, de enfermedad hipertensiva del 9.4%, de cesárea del 15.2% y de aborto del 6.9%. En el diagnóstico presuntivo, el 52.6% eran primíparas, el 47.1% presentó un periodo intergenésico corto o ausente, la RPM tuvo una incidencia del 9.7%, la enfermedad hipertensiva del 8.3%, la cesárea del 13.5% y el aborto del 5.9%. Estos hallazgos difieren de lo reportado por Villazana ⁽²⁷⁾, quien identificó que la multiparidad, la RPM y el antecedente de abortos fueron más comunes entre las mujeres con retención de restos placentarios. Asimismo, Lupaca ⁽²⁸⁾ encontró que la anemia, la multiparidad y los antecedentes de cesárea fueron características relevantes en su población estudiada.

Durante el parto, en el diagnóstico definitivo, el 79.3% de las puérperas presentó una duración normal del trabajo de parto, el 85.6% tuvo parto vaginal y el 92.1% no presentó complicaciones. En el diagnóstico presuntivo, el 77.6% presentó una duración normal del trabajo de parto, el 83.9% tuvo parto vaginal y el 90.5% no presentó complicaciones. De manera similar, Cabrera ⁽³⁰⁾ reportó que la mayoría de los partos en su estudio fueron espontáneos y a término, aunque destacó una mayor frecuencia de parto precipitado y episiotomía, lo que podría influir en la retención placentaria. Asimismo, Sánchez ⁽³¹⁾ encontró que el parto prolongado, la cesárea y los restos placentarios retenidos fueron factores asociados significativamente con la hemorragia posparto.

En el postparto, se identificó que el mecanismo de expulsión placentaria predominante fue el tipo Duncan en el diagnóstico definitivo (62.1%) y el tipo Schultz en el presuntivo (58.4%), y que el alumbramiento dirigido fue el más frecuente en ambos grupos (73.5%). Estos resultados coinciden con Villazana ⁽²⁷⁾, quien encontró que la expulsión placentaria tipo Duncan y el alumbramiento dirigido fueron comunes en su estudio. Sin embargo, Franke et al. ⁽²³⁾ señalaron que la duración de la tercera fase del parto no se correlacionó con la pérdida de sangre, pero sí con un aumento de la atonía

uterina y la necesidad de transfusión sanguínea cuando esta fase duraba menos de 60 minutos.

El análisis inferencial evidenció que las características obstétricas anteparto y durante el parto no mostraron una relación significativa con la retención de restos placentarios, dado que todas las variables evaluadas presentaron valores de p superiores a 0.05. En el caso de las características anteparto, la paridad ($p=0.668$), el periodo intergenésico ($p=0.778$), la ruptura prematura de membranas ($p=0.404$), la enfermedad hipertensiva del embarazo ($p=0.553$), el antecedente de cesárea ($p=0.667$) y el antecedente de aborto ($p=0.376$) no evidenciaron asociación con la retención de restos placentarios. De manera similar, en las características intraparto, la duración del parto ($p=0.580$), el tipo de parto ($p=1.000$) y las complicaciones ($p=0.435$) tampoco mostraron diferencias estadísticamente significativas. Por otro lado, entre las características postparto, solo la modalidad de alumbramiento presentó una relación significativa con la retención de restos placentarios ($p=0.000$). En contraste, el tiempo de alumbramiento ($p=0.640$) y el tipo de alumbramiento ($p=0.417$) no evidenciaron asociación, lo que confirma la aceptación de la hipótesis nula en estos casos.

Estos hallazgos contrastan con los de Abdulrahman y Alaf ⁽²¹⁾, quienes encontraron diferencias significativas en la edad gestacional, antecedentes de placenta retenida, parto pretérmino, dilatación y legrado, embarazos gemelares y anemia postparto en mujeres con retención placentaria. Asimismo, Gonzales ⁽²²⁾ destacó la relación entre los restos placentarios retenidos y la hemorragia posparto, junto con la atonía uterina y la conducción del parto.

En conclusión, estos hallazgos evidencian que la modalidad de alumbramiento es un factor obstétrico determinante en la retención de restos placentarios, mientras que otras características anteparto e intraparto no mostraron una relación significativa; subrayando la importancia de optimizar el manejo del alumbramiento para reducir la incidencia de esta complicación y mejorar la atención materna en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano.

CONCLUSIONES

1. Dentro del perfil sociodemográfico, la mayoría de las puérperas con retención de restos placentarios, tanto en el grupo con diagnóstico definitivo como en el presuntivo, se encontraban en el rango de 22 a 30 años, con nivel educativo secundario, convivencia con su pareja y afiliación religiosa católica. Además, la mayor parte de las puérperas se dedicaban a labores del hogar y provenían de zonas rurales, lo que sugiere un perfil sociodemográfico homogéneo dentro de la población estudiada.
2. En las características obstétricas anteparto, se observó que la mayoría de las puérperas fueron primíparas, con periodos intergenésicos ausentes o cortos. La incidencia de patologías como ruptura prematura de membranas y enfermedad hipertensiva fue baja en ambos grupos. Asimismo, los antecedentes de cesárea y aborto fueron poco frecuentes, lo que indica que estas condiciones no fueron predominantes en la población analizada.
3. En las características obstétricas durante el parto, la duración del parto estuvo dentro de los rangos normales en la mayoría de las puérperas, con predominio del parto vaginal y baja incidencia de complicaciones.
4. En las características obstétricas postparto, se identificó que el mecanismo de expulsión placentaria predominante varió entre los grupos, con mayor frecuencia del tipo Duncan en el diagnóstico definitivo y del tipo Schultz en el presuntivo. La mayoría de las puérperas experimentaron un alumbramiento en menos de 15 minutos y se aplicó alumbramiento dirigido en la mayor parte de los casos, sugiriendo una intervención activa en el manejo de la tercera etapa del parto.
5. La relación entre las características obstétricas y la retención de restos placentarios, bajo el análisis inferencial demostró que las características obstétricas anteparto y durante el parto no mostraron una relación significativa con la retención de restos placentarios, dado que todas las variables evaluadas presentaron valores de p superiores a 0.05. Esto indica que la paridad, el periodo intergenésico, la ruptura prematura de membranas, la enfermedad hipertensiva del embarazo, los antecedentes de cesárea y aborto, la duración del parto, el tipo de parto y las

complicaciones intraparto no se asociaron significativamente con esta condición.

6. Para la asociación significativa con la modalidad de alumbramiento, entre las características postparto, se identificó que la modalidad de alumbramiento presentó una relación significativa con la retención de restos placentarios ($p=0.000$), mientras que el tiempo de alumbramiento y el tipo de alumbramiento no evidenciaron asociaciones estadísticamente significativas, resaltando que, el manejo de la fase de alumbramiento podría ser un factor determinante en la prevención de la retención de restos placentarios.

RECOMENDACIONES

- Es fundamental que cada gestante reciba un seguimiento adecuado durante el embarazo. Detectar a tiempo factores de riesgo, como periodos intergenésicos cortos o antecedentes de cesárea y aborto, permitirá brindar una atención más personalizada y prevenir complicaciones en el parto y postparto.
- Los profesionales que atienden partos y postpartos deben contar con actualización continua en el manejo del alumbramiento. Conocer a fondo la relación entre la modalidad de expulsión placentaria y la retención de restos puede marcar la diferencia en la seguridad materna.
- Si bien este procedimiento es ampliamente utilizado, es clave asegurar que se realice de manera óptima, siguiendo protocolos adecuados que reduzcan el riesgo de retención placentaria y sus posibles complicaciones.
- Es importante que las puérperas sean evaluadas cuidadosamente para detectar signos tempranos de retención de restos placentarios y así actuar de inmediato si es necesario.
- Muchas mujeres desconocen los riesgos asociados a la retención placentaria. Brindarles información clara y accesible sobre los cuidados durante el embarazo, el parto y el postparto les permitirá tomar decisiones más seguras para su bienestar.
- Cada hospital y comunidad tiene sus propias realidades y desafíos. Continuar con estudios que analicen factores de riesgo y estrategias de prevención permitirá mejorar los protocolos de atención y reducir complicaciones maternas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Elu MDC, Santos Pruneda E. Mortalidad materna: una tragedia evitable. *Perinatol Reprod Humana*. 2004; 18(1): 44–52.
2. Salud materna - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2024 [citado el 4 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-materna>
3. Según organismos de Naciones Unidas, cada dos minutos muere una mujer por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto [Internet]. [citado el 4 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/cada-dos-minutos-muere-una-mujer-por-complicaciones-embarazo-parto>
4. Cada dos minutos muere una mujer por problemas en el embarazo o el parto: organismos de las Naciones Unidas [Internet]. [citado el 4 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/23-02-2023-a-woman-dies-every-two-minutes-due-to-pregnancy-or-childbirth--un-agencies>
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Mortalidad materna [Internet]. [citado el 4 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
6. Crispín Benito R. Características obstétricas en puérperas con retención de restos placentarios atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica, 2017. el 23 de noviembre de 2018 [citado el 4 de julio de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/2189>
7. Dubón Peniche M del C, Romero Vilchis ME. Retención de restos placentarios: Importancia del expediente clínico en la valoración de la atención médica. Caso de la CONAMED. *Rev Fac Med México*. octubre de 2011; 54(5): 50–7.
8. Centre de Medicina Fetal y Neonatal de Barcelona. Retención restos ovulares y placentarios.pdf [Internet]. [citado el 4 de julio de 2024]. Disponible en: https://fetalmedicinebarcelona.org/wp-content/uploads/2024/02/RPOC_Retencion_restos_ovulares_y_placentarios.pdf

9. Bedriñana Muñoz K. Factores asociados a la retención de restos placentarios en parturientas del Hospital regional de Ayacucho, año 2010 - 2015. 2017 [citado el 4 de julio de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/1852>
10. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) Perú [Internet]. 2023 [citado el 4 de julio de 2024]. Cada dos minutos muere una mujer por problemas en el embarazo o el parto. Disponible en: <https://peru.unfpa.org/es/news/cada-dos-minutos-muere-una-mujer-por-problemas-en-el-embarazo-o-el-parto>
11. García Lavandeira S, Álvarez Silvestre E, Rubio Cid P, Borrajo Hernández E, García Lavandeira S, Álvarez Silvestre E, et al. Hemorragia posparto secundaria o tardía. Ginecol Obstet México. 2017; 85(4): 254–66.
12. Karlsson H, Pérez Sanz C. Hemorragia postparto. An Sist Sanit Navar. 2009; 32: 159–67.
13. Santiago Fernando PG. Factores de riesgo de patologías puerperales. Hospital José María Velasco Ibarra, 2010 [Internet]. [citado el 4 de julio de 2024]. Disponible en: <https://docplayer.es/28192877-Escuela-superior-politecnica-de-chimborazo-facultad-de-salud-publica-escuela-de-medicina.html>
14. Moreyra Quispe C, Torres Tueros M. Factores de riesgo gineco-obstétricos asociados a la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital de Apoyo Cangallo Juan Fukunaga Soyama. 2016 - 2018. 2020 [citado 4 de julio de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/3994>
15. Soto Chuquicahua CR. Factores asociados a retención de restos placentarios, determinados por ultrasonografía en puérperas del Centro de Salud Belén. agosto - octubre 2021. Univ Nac San Cristóbal Huamanga [Internet]. 2024 [citado 11 de abril de 2025]; Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/renati/1172937>
16. Valdez Oyola RL. Hemorragia postparto por retención placentaria en Centro de Salud Huancaray, Apurímac 2021. 2023 [citado el 4 de julio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/20.500.12510/4022>

17. Espinoza Córdova, Mariane Yubitza, Palomino Pollo, Jazmin Stephany. Retención de restos placentarios y multiparidad en gestantes atendidas en el Hospital Tingo María - Huánuco, 2021. 2023.
18. Barzola Cochachi NM. Características clínicas y obstétricas de puérperas con retención de restos placentarios atendidas en el Centro de Salud la Unión, Huánuco 2022.
19. Choi-Klier J, Masters S, Lewis D, Taylor K, Magann E. What Is the Significance of Placental Lakes in Pregnancy? A Historic Literature Review. *J Clin Med*. 14 de febrero de 2025; 14: 1260.
20. The comparison of placental findings and pregnancy outcomes before and during COVID-19 pandemic. *J Neonatal-Perinat Med*. 10 de abril de 2025;19345798251330831.
21. Abdulrahman KH, Alaf SK. Prevalence of retained placenta and its correlation with maternal demographic characteristics. *AMJ Adv Med J*. 2019; 5(2): 67–72.
22. González Vásquez AV. Factores asociados a hemorragia posparto primaria en las pacientes atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso, 2019 [Internet] [masterThesis]. Universidad de Cuenca; 2020 [citado el 5 de julio de 2024]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/34182>
23. Franke D, Zepf J, Burkhardt T, Stein P, Zimmermann R, Haslinger C. Retained placenta and postpartum hemorrhage: time is not everything. *Arch Gynecol Obstet*. el 1 de octubre de 2021; 304(4): 903–11.
24. Favilli A, Tosto V, Ceccobelli M, Parazzini F, Franchi M, Bini V, et al. Risk factors for non-adherent retained placenta after vaginal delivery: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. el 31 de marzo de 2021; 21: 268.
25. Liu CN, Yu FB, Xu YZ, Li JS, Guan ZH, Sun MN, et al. Prevalence and risk factors of severe postpartum hemorrhage: a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. el 26 de abril de 2021; 21(1): 332.
26. Ponce-Pilozo MJ, Zapata-Mata MA, Cárdenas-Chávez AB, Parra-Conforme WG. Manejo de la hemorragia severa post-parto por atonía uterina. Management of severe post-partum bleeding due to uterine

- atonía. Gestão de sangramento grave pós-parto devido à atônía uterina. 2021; 7.
27. Villazana Álvarez K. Características de puérperas con retención de restos placentarios atendidas en el centro de salud de chilca 2019. Univ Peru Cent [Internet]. 2022 [citado el 5 de julio de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.upecen.edu.pe/handle/20.500.14127/314>
 28. Lupaca Susario LL. Características generales de puérperas inmediatas con hemorragia post parto en el Hospital Félix Mayorca Soto año 2019. Repos Académico USMP [Internet]. 2021 [citado el 5 de julio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/8295>
 29. Rojas Huamán CV, De la Cruz Magaldi MG. Relación entre alumbramiento incompleto y factores obstétricos en gestantes atendidas en el Hospital Santa María Del Socorro, 2019. Univ Auton Ica [Internet]. 2021 [citado el 5 de julio de 2024]; Disponible en: <http://localhost/xmlui/handle/autonomadeica/1029>
 30. Cabrera Vargas L. Características del parto en puérperas con retención de restos placentarios atendidos en el centro de salud Churcampa en el año 2020. el 16 de febrero de 2023 [citado el 5 de julio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.unh.edu.pe/handle/unh/6245>
 31. Sánchez Rodríguez EDP. Factores asociados a la hemorragia postparto en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2020. Factors associated with postpartum hemorrhage in immediate postpartum women treated at the National Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, 2020 [Internet]. el 14 de abril de 2023 [citado el 5 de julio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/9202>
 32. Aylas Camarena AM, Maylle Hipolo TT. Factores de riesgo de retención de restos Placentarios en Puérperas atendidas en el Centro de Salud Perú – Corea. Amarilis. Huánuco, agosto a diciembre 2019. 2021 [citado el 5 de julio de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.unheval.edu.pe/handle/20.500.13080/6776>
 33. Ezquerro Cordón V, Gómez Ruiz R, bonet Pérez B, Salcedo Clemos L, Irache Ferrández AR. Manejo del alumbramiento. Resumen de la

- evidencia. *Enferm Integral Rev Científica Col Of Enferm Valencia*. 2017; (116): 75–9.
34. Camacho-Villarreal AL, Pérez-López JC. Revisión de cavidad uterina instrumentada gentil frente a la revisión manual y su relación con la hemorragia posparto. *Enferm Univ*. el 1 de enero de 2013; 10(1): 21–6.
 35. Universidad de Chile. Alumbramiento [Internet]. Disponible en: https://www.ucursos.cl/medicina/2008/1/OBCLOBS13/1/material_docente/bajar?id_material=157193
 36. Fernández García K, Bonet Hernández LY, Rodríguez de Paz U, Gómez Castillo Z, Jareño Ochoa M, Andújar Coba P. Membrana amniótica como alternativa de tratamiento en superficie ocular. *Rev Cuba Oftalmol*. diciembre de 2012; 25(2): 312–23.
 37. José PAM, Elena CSM, Mercedes GG. Tercera fase del parto; tipos de alumbramiento y sus repercusiones.
 38. Alumbramiento dirigido: una acción con justificación.
 39. Veloz CP. Obstetricia de Schwarcz 6ta Edicion [Internet]. [citado el 7 de julio de 2024]. Disponible en: https://www.academia.edu/36329790/Obstetricia_de_Schwarcz_6ta_Edicion
 40. Steane AM. Tratado de obstetricia: (normal y patológica). Monpress; 2000. 789 p.
 41. Diagnóstico y manejo de la retención de restos ovulares y placentarios (3) (1). pdf.
 42. Andrés Calle, Milton Barrera, Alexander Guerrero. Diagnóstico y manejo de la hemorragia posparto [Internet]. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol54_n4/pdf/a03v54n4.pdf
 43. Pisón R, Boutmy M, Hernández E, Alves J, Sotero G. Restos ovulares retenidos (RPOC): abordaje terapéutico mediante histeroscopia. Revisión del tema y presentación de una serie de casos.
 44. Aldo Solari A, Caterina Solari G, Alex Wash F, Marcos Guerrero G, Omar Enríquez G. Hemorragia del postparto. Principales etiologías, su

- prevención, diagnóstico y tratamiento. Rev Médica Clínica Las Condes. el 1 de noviembre de 2014; 25(6): 993–1003.
45. Hemorragia posparto precoz. Prog Obstet Ginecol. agosto de 2008; 51(8): 497–505.
46. Sornoza Zavala R, Ordóñez Betancourth MA, Velásquez Pazmiño NJ, Espinoza Intriago MR. Hemorragias obstétricas. RECIAMUC. el 4 de mayo de 2022; 6(2): 287–95.
47. Munares-García O. Características biosociales, reproductivas y obstétricas asociadas al resultado adecuado del parto en Ica, Perú, 2013. Medicas UIS. diciembre de 2015; 28(3): 291–9.
48. La OMS insta a ofrecer atención de calidad a las mujeres y los recién nacidos en las primeras semanas cruciales después del parto [Internet]. [citado el 8 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/30-03-2022-who-urges-quality-care-for-women-and-newborns-in-critical-first-weeks-after-childbirth>
49. Asociación de Academias de la Lengua Española (ASALE), Real Academia Española (RAE). Diccionario de la lengua española - Edición del Tricentenario. [citado el 8 de julio de 2024]. placenta | Diccionario de la lengua española. Disponible en: <https://dle.rae.es/placenta>
50. Definición de placenta - Diccionario de cáncer del NCI - NCI [Internet]. 2011 [citado el 8 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/placenta>
51. Diccionario Médico. Clínica U. Navarra. Qué es Oxitocina [Internet]. [citado el 8 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/oxitocina>
52. Asociación de Academias de la Lengua Española (ASALE), Real Academia Española (RAE). Diccionario de la lengua española - Edición del Tricentenario. [citado el 8 de julio de 2024]. Oxitocina | Diccionario de la lengua española. Disponible en: <https://dle.rae.es/oxitocina>
53. Definición de dilatación y legrado - Diccionario de cáncer del NCI - NCI [Internet]. 2011 [citado el 8 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/dilatacion-y-legrado>

54. Diccionario médico. Clínica Universidad de Navarra. Dilatación del cuello uterino [Internet]. [citado el 8 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/dilatacion-cuello-uterino>
55. Inducción del parto (actualizado julio del 2013). Prog Obstet Ginecol. el 1 de enero de 2015; 58(1): 54–64.
56. Maiellano B, Hernández-Rojas PE, Maiellano B, Hernández-Rojas PE. Alumbramiento dirigido con oxitocina intraumbilical. J Negat No Posit Results. 2020; 5(4): 428-35.
57. Ezquerro Cordon V, Gómez Ruiz R, bonet Pérez B, Salcedo Clemos L, Irache Ferrández AR. Manejo del alumbramiento. Resumen de la evidencia. Enferm Integral Rev Científica Col Of Enferm Valencia. 2017; (116): 75-9.
58. Moreno Leñero L, Morales Vicente A, Moner Marín S, Millares Rubio P, Santonja López N, García Sánchez Y, et al. Restos ovulares y placentarios (ROP) y nódulo del lecho placentario (NLP) en un istmocele tras un parto vaginal: diagnóstico y corrección laparoscópica. Clínica E Investig En Ginecol Obstet [Internet]. 1 de enero de 2025 [citado el 8 de julio de 2024]; 52(1). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-restos-ovulares-placentarios-rop-nodulo-S0210573X24000571>
59. Manterola C, Otzen T. Estudios Observacionales: Los Diseños Utilizados con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica. Int J Morphol. junio de 2014; 32(2): 634–45.
60. Veiga De Cabo J, Fuente Díez EDL, Zimmermann Verdejo M. Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. Med Segur Trab [Internet]. marzo de 2008 [citado el 8 de julio de 2024]; 54(210). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000100011&lng=en&nrm=iso&tlng=en
61. Rivas JMH, Ortiz LG. Metodología en investigación clínica. Tipos de estudios.
62. Cvetkovic-Vega A, Maguiña JL, Soto A, Lama-Valdivia J, López LEC, Cvetkovic-Vega A, et al. Estudios transversales. Rev Fac Med Humana. enero de 2021; 21(1): 179–85.

63. Martín Conejero A, Alonso García M, Martín Conejero A, Alonso García M. Estudios observacionales analíticos. *Angiología*. diciembre de 2023; 75(6): 385–90.
64. Flores S, Anselmo F. Fundamentos epistémicos de la investigación cualitativa y cuantitativa: consensos y disensos. *Rev Digit Investig En Docencia Univ*. enero de 2019; 13(1): 102–22.
65. Chipana EG. Análisis correlacional de la formación académico-profesional y cultura tributaria de los estudiantes de marketing y dirección de empresas. 2020.

COMO CITAR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Isuiza F. Características obstétricas en puérperas con retención de restos placentarios en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, 2024 [Internet] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2025 [Consultado]. Disponible en: <http://...>

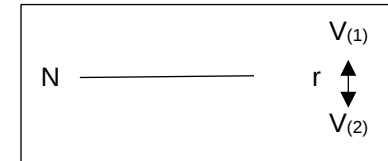
ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título de investigación “Características obstétricas en puérperas con retención de restos placentarios en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, 2024”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL		TIPO DE INVESTIGACIÓN
¿Cuáles son las características obstétricas asociadas con la retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, 2024?	Determinar la relación entre las características obstétricas y la retención de restos placentarios en las puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2024	Hi: Las características obstétricas están relacionadas con la retención de restos placentarios en las puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en 2024. Ho: Las características obstétricas no están relacionadas con la retención de restos placentarios en las puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en 2024.	VARIABLE DE RELACIÓN Características obstétricas (anteparto - durante el parto - postparto) VARIABLES DE SUPERVISIÓN Retención de restos placentarios	Observacional, prospectivo, transversal ENFOQUE Cuantitativo NIVEL Relacional DISEÑO Correlacional
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS		
P1: ¿Qué características obstétricas anteparto están relacionadas con la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2024?	O1: Identificar las características obstétricas anteparto y su relación a la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2024	Hi1: Las características obstétricas anteparto están asociadas a la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2024 Ho1: Las características obstétricas anteparto no están asociadas a la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2024		



Donde:

- N (población de estudio, que son las puérperas atendidas)
- r (Correlación)
- V1 (Características obstétricas)
- V2 (retención de restos placentarios)

P2: ¿Qué características obstétricas durante el parto están relacionadas con la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2024?	O2: Identificar las características obstétricas durante el parto y su relación a la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2024	Hi2: Las características obstétricas durante el parto están asociadas a la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2024 Ho2: Las características obstétricas durante el parto no están asociadas a la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2024	POBLACIÓN Estuvo conformado por 80 puérperas de parto vaginal y/o cesáreas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco durante el año 2024 MUESTRA Para la selección de la muestra se empleó un muestreo no probabilístico, bajo la modalidad de selección completa, que incluyó a las 80 puérperas (inmediatas, mediatas) cuya finalización del parto haya sido por vía vaginal o cesárea, atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco durante el año 2024. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS La técnica a utilizar fue mediante el análisis documental de Historias Clínicas. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS Ficha de recolección de datos estructura: I. Variable 1: Características obstétricas • Características obstétricas anteparto (06 ítems) • Características obstétricas durante el parto (03 ítems) • Características obstétricas postparto (03 ítems) II. Variable 2: Retención de restos placentarios (01 ítems)
P3: ¿Cuáles son las características obstétricas postparto asociados con la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2024?	O3: Identificar las características obstétricas postparto y su relación a la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2024	Hi3: Las características obstétricas postparto están asociadas a la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2024 Ho3: Las características obstétricas postparto no están asociadas a la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2024	
P4: ¿Cuáles son las características demográficas de las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2024?	O4: Describir las características demográficas de las puérperas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2024	En este apartado es una variable descriptiva, por ende, no lleva hipótesis a contrastar.	

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Título de investigación **“Características obstétricas en puérperas con retención de restos placentarios en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, 2024”**

N. ro HC: _____

CÓDIGO: _____

I. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

A. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS ANTE PARTO

1. Paridad
 - a) Primípara (1 parto)
 - b) Secundípara (2 partos)
 - c) Multípara (De 3 a 5 partos)
 - d) Gran multípara (≥ 6 partos)
2. Periodo intergenésico (PIG)
 - a) Sin PIG
 - b) Corto ($<$ a 24 meses)
 - c) Normal (24 a 48 meses)
 - d) Largo ($>$ a 48 meses)
3. Ruptura prematura de membranas
 - a) Si presentó
 - b) No presentó
4. Enfermedad hipertensiva del embarazo
 - a) Si presentó
 - b) No presentó
5. Antecedente de cesárea
 - a) Si aplica
 - b) No aplica
6. Antecedente de aborto
 - a) Si presentó
 - b) No presentó

B. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DURANTE EL PARTO

1. Duración del parto
 - a) Precipitado (< a 3 horas)
 - b) Normal (4 a 12 horas)
 - c) Prolongado (> a 12 horas)
2. Tipo de parto
 - a) Vaginal
 - b) Cesárea
3. Complicación
 - a) No presentó
 - b) Distocia de hombros
 - c) Prolapso del cordón umbilical
 - d) Hemorragia posparto

C. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS POST PARTO

1. Modalidad de Alumbramiento
 - a) Schultze
 - b) Duncan
2. Tiempo de Alumbramiento
 - a) Menor de 15 min
 - b) Entre 15 min y 30 min
 - c) Mayor de 30 min
3. Tipo de alumbramiento
 - a) Espontáneo
 - b) Dirigido

II. RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS

1. Diagnóstico definitivo de retención de restos placentarios
 - a) Si (diagnóstico definitivo)
 - b) No (diagnóstico presuntico)

III. VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN

A. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

1. Edad
 - a) 14 – 21 años
 - b) 22 – 30 años
 - c) 31 – 37 años
 - d) 38 a más
2. Grado de instrucción
 - a) Sin instrucción
 - b) Primaria
 - c) Secundaria
 - d) Superior no universitario
 - e) Superior universitario
3. Estado civil
 - a) Soltera
 - b) Casada
 - c) Divorciada
 - d) Conviviente
4. Religión
 - a) Católica
 - b) Evangélica
 - c) Del Séptimo Día
 - d) Mormón
5. Ocupación
 - a) Ama de casa
 - b) Estudiante
 - c) Trabajadora independiente
 - d) Trabajadora dependiente
6. Procedencia
 - a) Rural
 - b) Urbano
 - c) Urbano marginal

ANEXO 3

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Título de investigación “**Características obstétricas en puérperas con
retención de restos placentarios en el Hospital Hermilio Valdizán
Medrano, 2024**”

I. DATOS GENERALES:

1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto):

MAMANI GUERREROS, LILLY

1.2. Institución donde labora:

HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO

1.3. Denominación del Instrumento:

CUESTIONARIO SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

1.4. Autor del instrumento:

ISUIZA VERDE, FRESLY ALESSANDRA

1.5 Aspecto de Validación:

VALIDACIÓN DE CONTENIDO, FAVORABLE.

VALIDACION DE LA FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del Instrumento	Grado de Evaluación				
		Deficiente	Baja	Regular	Buena	Muy Buena
		1	2	3	4	5
CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión				X	
OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles				X	
ORGANIZACIÓN	Está organizado en forma lógica				X	
SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento				X	
CONSISTENCIA	Basados en los aspectos teóricos científicos				X	
COHERENCIA	Existe relación entre las variables, los indicadores de la variable y los ítems				X	
PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados				X	
SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento				X	
METODOLOGÍA	La estrategia responde a los objetivos de la investigación				X	
ACTUALIZACIÓN	Está adecuado de acuerdo al avance de la ciencia y tecnología.				X	

Deficiente: 4

Baja: 8

Regular: 12

Buena 16 ✓

Muy Buena: 20

OPINION DE APLICABILIDAD:

FAVORABLE, APLICAR PRUEBA PILOTO PARA SU MEJORAR

PROMEDIO DE VALORACIÓN:

BUENO, 90%

FECHA:

09 de septiembre del 2024

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
Dirección Regional de Salud
Hospital Regional "Mermillo Valdizán Medrano"
Lilly Marleny Mamani Guerreros
OBSTETRA
COP. 18753 - RNE. 1072

.....
FIRMA DEL EXPERTO

Título de investigación "Características obstétricas en puérperas con retención de restos placentarios en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, 2024"

I. DATOS GENERALES

1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto):

FONSECA HUANCA, DORA

1.2. Institución donde labora:

HOSPITAL REGIONAL HERMILO VALDIZA MEDRANO

1.3. Denominación del Instrumento:

CUESTIONARIO SOBRE CARACTERISTICAS OBSTETRICAS

1.4. Autor del instrumento:

FRESLY ALESSANDRA ISUIZA VERDE

1.5 Aspecto de Validación:

VALIDACION DE CONTENIDO FAVORABLE

VALIDACION DE LA FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del instrumento	Grado de Evaluación				
		Deficiente	Baja	Regular	Buena	Muy Buena
		1	2	3	4	5
CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					X
OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles					X
ORGANIZACIÓN	Está organizado en forma lógica					X
SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					X
CONSISTENCIA	Basados en los aspectos teóricos científicos					X
COHERENCIA	Existe relación entre las variables, los indicadores de la variable y los ítems					X
PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					X
SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					X
METODOLOGÍA	La estrategia responde a los objetivos de la investigación					X
ACTUALIZACIÓN	Está adecuado de acuerdo al avance de la ciencia y tecnología.					X

Deficiente: 4

Baja: 8

Regular: 12

Buena 16

Muy Buena: 20 ✓

OPINION DE APLICABILIDAD:

FAVORABLE; Aplicar PRUEBA piloto para su MEJORA

PROMEDIO DE VALORACIÓN: BUENO, 90%

FECHA: 09 DE SEPTIEMBRE DEL 2024.

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
Dirección Regional de Salud
Hospital Regional "Hermilio Valdizán Medrano"

Dora Fonseca Huanca

PSICÓLOGA
COR 28714 - RUC 1207

FIRMA DEL EXPERTO

Título de investigación **“Características obstétricas en puérperas con retención de restos placentarios en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, 2024”**

I. DATOS GENERALES:

1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto):

RIOS BERNARDO, CLEPY RUPERTA

1.2. Institución donde labora:

HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO

1.3. Denominación del Instrumento:

CUESTIONARIO SOBRE CARACTERISTICAS OBSTETRICAS

1.4. Autor del instrumento:

FRESLY ALESSANDRA, ISUIZA VERDE

1.5 Aspecto de Validación:

VALIDACION DE CONTENIDO FAVORABLE

VALIDACION DE LA FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del instrumento	Grado de Evaluación				
		Deficiente	Baja	Regular	Buena	Muy Buena
		1	2	3	4	5
CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión				X	
OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles				X	
ORGANIZACIÓN	Está organizado en forma lógica				X	
SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					X
CONSISTENCIA	Basados en los aspectos teóricos científicos					X
COHERENCIA	Existe relación entre las variables, los indicadores de la variable y los ítems				X	
PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados				X	
SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento				X	
METODOLOGÍA	La estrategia responde a los objetivos de la investigación				X	
ACTUALIZACIÓN	Está adecuado de acuerdo al avance de la ciencia y tecnología				X	

Deficiente: 4

Baja: 8

Regular: 12

Buena 16

Muy Buena: 20

OPINION DE APLICABILIDAD:

FAVORABLE, APLICAR PRUEBA PILOTO PARA SU MEJORA

PROMEDIO DE VALORACIÓN: BUENO, 90%

FECHA: 09 DE SEPTIEMBRE DEL 2024

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
Dirección Regional de Salud
Hospital Regional "Dr. Antonio Velasco Medrano"

Cledy Ríos Bernardo
OBSTETRA
C.D.P. 14179 - R.N.E. 2608

FIRMA DEL EXPERTO

ANEXO 4

SOLICITUD DE PERMISO

Título de investigación **“Características obstétricas en puérperas con retención de restos placentarios en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, 2024”**

SOLICITUD DE PERMISO

Huánuco09.....de SEPTIEMBRE 2024

COORDINADORA DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO JANNETH OLIVAS LOAYTE

ASUNTO: Solicitud de autorización para recopilar información de los diagnósticos de historias clínicas sobre retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano.

Reciba un cordial saludo. Mi nombre es Isuiza Verde, Fresly Alessandra, ex alumna de la Universidad de Huánuco. Como parte del proceso para obtener el título profesional de Obstetra, estoy desarrollando un proyecto de investigación titulado **“Características obstétricas en puérperas con retención de restos placentarios en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, 2024”**.

Para llevar a cabo este estudio, necesito recolectar datos de información de puérperas atendidas en la institución. Por ello, solicité formalmente su permiso para acceder a esta información, la cual es fundamental para el desarrollo y éxito de mi investigación. Me comprometo a entregar los resultados obtenidos una vez finalizado el estudio, con el objetivo de contribuir a la mejora de la atención en salud.

Agradezco de antemano su atención y colaboración, y espero que mi solicitud sea aceptada.

Atentamente,



ISUIZA VERDE, FRESLY ALESSANDRA

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO
Obsta. JANNETH OLIVAS LOAYTE
JEFE DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA
COR: 23603

SOLICITO: Carta de autorización para recolección de
datos de Proyecto de Investigación

Med.

Director Ejecutivo del Hospital Regional Hermilio Valdizan de Huánuco

Atención: Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

Yo, FRESLY ALESSANDRA ISUIZA VERDE identificado con DNI N° 76173476 domiciliado en Jr Portada del sol #144-2A N° Celular: 954797329 investigador/estudiante de la Universidad /institución UNIVERSIDAD DE HUANUCO ante usted, con el debido respeto y digo:

Que deseando ejecutar el Proyecto de Investigación, titulado: CARACTERISTICAS OBSTETRICAS EN PUERPERAS CON RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO 2024 en el servicio/ unidad CENTRO OBSTETRICO, de la institución que usted dirige, recorro a su despacho, a fin de sea evaluado por el Comité Institucional de Ética en Investigación, y se me expida la **Carta de autorización para recolección de datos**. Se adjunto los siguientes requisitos:

1. Derecho de pago por trámite S/.60.00
2. Copia de DNI del/los investigador(es)
3. Resolución de Aprobación del Proyecto de Investigación de mi Universidad de procedencia, con fecha actualizada.
4. Hoja resumen: título de la investigación, objetivo, tipo de estudio, unidad de análisis, tiempo de recolección de datos, servicio o unidad donde ejecutara el estudio, y el sustento del proyecto en beneficio del hospital (logro)
5. Copia del Proyecto de Investigación en Físico (en ambas caras), incluido consentimiento informado, instrumento y validación.
6. Carné de vacunación contra la COVID-19 (hasta cuarta dosis)
7. Declaración (según modelos):
 - Trabajos de investigación en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano
 - Declaración jurada de confidencialidad y reserva de información

Huánuco, 09 de septiembre 2024




FRESLY ALESSANDRA ISUIZA VERDE
76173476

ANEXO 5

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Título de investigación **“Características obstétricas en puérperas con retención de restos placentarios en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, 2024”**



Huánuco, 04 de octubre 2024

CARTA N° 057-2024-GRH-GRDS-DIRESA-HHVM/UADI

Srta.

ISUIZA VERDE FRESLY ALESSANDRA

BACHILLER EN OBSTETRICIA DE LA UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

ASUNTO : AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN DE DATOS -TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.

REFERENCIA : a) SOLICITUD TD. N°13091-REG-5118350

b) INFORME N°18-2024-CIEI-HRHVM

De mi mayor consideración;

Es grato dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente y en respuesta al documento de la referencia inciso a) en la cual solicita autorización para la recolección de datos - trabajo de investigación; contando con la opinión favorable del Comité Institucional de Ética e Investigación, esta dirección **AUTORIZA** la recolección de datos del trabajo de investigación titulado **“CARACTERÍSTICAS OBSTETRICAS EN PUERPERAS CON RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO 2024”**, para cuyo efecto debe de coordinar con la Jefatura de Departamento de Gineco-Obstetricia-Centro Obstétrico; a fin de que le brinden las facilidades del caso. Debiendo ingresar a la institución con las medidas de protección según las normas sanitarias emitidas por el ministerio de salud (contar con 04 dosis de vacuna contra el Covid-19, equipo de protección personal, distanciamiento social).

Señalar que, durante el proceso de la investigación desarrollada se deberá de mantener el orden del área; se muestre total compromiso de asegurar el respeto al ser humano y a su entorno basado a los **PRINCIPIOS BIOÉTICOS**: Beneficencia, No Maleficencia, Justicia y Autonomía; preservando el carácter **RESERVADO y CONFIDENCIAL** de la información obtenida y los resultados alcanzados, utilizados solo con fines estrictamente académicos, a responsabilidad única del investigador. Culminado el desarrollo del estudio el investigador debe alcanzar una copia del trabajo final desarrollado a la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital.

Se remite la presente para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
Dirección Regional de Salud
Hospital Regional "Hermilio Valdizán Medrano" Huánuco
M.C. Fernando Alberto Hernández García
C.M.P. - 50462
DIRECTOR EJECUTIVO

FAAG/LYRF/amsi
c.c. Archivo
INTERESADA

DOC: 05187974
EXP: 03086142
FOL:01

HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO – HUÁNUCO
Jr. Hermilio Valdizán N° 950 – HUÁNUCO

Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación
docenciaeinvestigacion.hrhvm23@gmail.com

Jr. Hermilio Valdizán N° 950

www.hrhvm.gob.pe

(062) 512400