

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



TESIS

**“Complicaciones intraparto y retención de restos placentarios en
puérperas inmediatas Centro de Salud Moras, Huánuco 2024”**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTORA: Polino Prado, Guadalupe Marisol

ASESORA: Sinche Alejandro Marisol

HUÁNUCO – PERÚ

2025

TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

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

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud Materno y Perinatal
AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2020)

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

Área: Ciencias 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): 77292260

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 22489669

Grado/Título: Títulos de segunda especialidad en obstetricia con mención en emergencias obstétricas, alto riesgo y cuidados críticos maternos

Código ORCID: 0000-0001-5710-8424

DATOS DE LOS JURADOS:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Argandoña Salazar, Leonor Julia	Doctor en ciencias de la salud	22404394	0000-0003 4682-776X
2	Bambaren Deza, Aníbal Humberto	Magister en administración de la educación	22463673	0009-0004-0331-9145
3	Fonseca Livia, Jenny Marlene	Maestro en educación, mención: investigación y docencia superior	22527452	0009-0004-5798-8598



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
http://www.udh.edu.pe

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



ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las **diez horas** de la fecha **veinticinco** del mes de **noviembre** 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. Leonor Julia Argandoña Salazar | Presidente |
| • Mg. Anibal Humberto Bambaren Deza | Secretaria |
| • Mg. Jhenny Marlene Fonseca Livias | Vocal |

Nombrados mediante **RESOLUCION N° 4689- 2025-D-FCS-UDH**, para evaluar la Tesis intitulado **"COMPLICACIONES INTRAPARTO Y RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL CENTRO DE SALUD LAS MORAS, HUÁNUCO 2024"**; presentado por la Bachiller en Obstetricia la Sra. Guadalupe Marisol **POLINO PRADO**, para optar el Título Profesional de **Obstetra**.

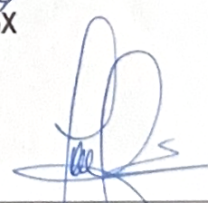
Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

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 14 y cualitativo de Suficiente.

Siendo las, 10,57 horas del día **veinticinco** del mes de **noviembre** del año **2025** los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.


DRA. LEONOR JULIA ARGANDOÑA SALAZAR
DNI: 22404394
CODIGO ORCID: 0000-0003-4682-776X


MG. ANIBAL HUMBERTO BAMBAREN DEZA
DNI: 22463673
CODIGO ORCID: 0009-0004-0331-9145


MG. JHENNY MARLENE FONSECA LIVIAS
DNI: 22527452
CODIGO ORCID: 0009-0004-5798-8598



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El comité de integridad científica, realizó la revisión del trabajo de investigación del estudiante: GUADALUPE MARISOL POLINO PRADO, de la investigación titulada "COMPLICACIONES INTRAPARTO Y RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL CENTRO DE SALUD LAS MORAS, HUÁNUCO 2024", con asesor(a) MARISOL SINCHE ALEJANDRO, designado(a) mediante documento: RESOLUCIÓN N° 3522-2024-D-FCS-UDH del P. A. de OBSTETRICIA.

Puede constar que la misma tiene un índice de similitud del 13 % 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, 17 de octubre 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

INFORME DE ORIGINALIDAD

13%

INDICE DE SIMILITUD

13%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

7%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

repositorio.unheval.edu.pe

Fuente de Internet

5%

2

apirepositorio.unh.edu.pe

Fuente de Internet

1%

3

repositorio.unsch.edu.pe

Fuente de Internet

1%

4

repositorio.udh.edu.pe

Fuente de Internet

1%

5

1library.co

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 mis amados progenitores, esta consecución académica simboliza la inmensurable dedicación y el tesón incansable que han depositado para garantizarme una formación integral. Cada abnegación que han asumido, cada jornada de esfuerzo arduo y cada resolución tomada en mi favor, constituyen el cimiento inquebrantable sobre el que se erige mi realización profesional.

A mi novio Piero Soto, quien creyó en mi incluso cuando yo titubeaba, quien llegó en el momento menos pensado y se convirtió en lo que más necesitaba, mi fuerza en momentos de debilidad y mi calma entre tanto ruido.

AGRADECIMIENTO

Manifiesto mi sincero reconocimiento y gratitud a la totalidad del equipo de profesionales, al cuerpo docente adscrito al Centro de Salud Moras y de mi universidad, por compartir su conocimiento, experiencia y orientación durante el desarrollo de esta investigación, brindándome herramientas esenciales para la realización de este estudio; así mismo, agradezco a las puérperas que participaron en la investigación, quienes con su confianza hicieron posible la compilación de la información y el consecuente examen de los resultados de esta problemática de salud materna; finalmente, agradezco a mis compañeros y a mis allegados, por el respaldo incondicional, el estímulo constante y los mensajes de aliento que me proveyeron, que fortalecieron mi camino académico y personal, permitiéndome culminar esta etapa con satisfacción y aprendizaje.

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
ÍNDICE.....	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VII
ÍNDICE DE FIGURAS	X
RESUMEN	XII
ABSTRACT	XIII
INTRODUCCIÓN	XIV
CAPÍTULO I	16
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	16
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	16
1.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	18
1.2.1. PROBLEMA GENERAL	18
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS	19
1.3. OBJETIVO GENERAL	19
1.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
1.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	20
1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	21
1.7. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	22
CAPÍTULO II	23
MARCO TEÓRICO	23
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	23
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES	23
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES	26
2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES	31
2.2. BASES TEÓRICAS	33
2.2.1. PARTO	33
2.2.2. MANEJO ACTIVO DEL ALUMBRAMIENTO	36
2.2.3. ALUMBRAMIENTO PATOLÓGICO	39
2.2.4. COMPLICACIONES	42
2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES	49
2.4. HIPÓTESIS	50

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL	50
2.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.....	50
2.5. VARIABLES.....	50
2.5.1. VARIABLE DE RELACIÓN.....	50
2.5.2. VARIABLE DE SUPERVISIÓN	51
2.5.3. VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN.....	51
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	52
CAPÍTULO III.....	54
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	54
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	54
3.1.1. ENFOQUE.....	54
3.1.2. ALCANCE O NIVEL	54
3.1.3. DISEÑO.....	54
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	55
3.2.1. POBLACIÓN	55
3.2.2. MUESTRA.....	55
3.3. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	56
3.3.1. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	56
3.3.2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	56
3.3.3. VALIDACIÓN DE EXPERTOS	56
3.4. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	57
3.4.1. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN.....	57
3.4.2. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.....	57
3.4.3. PLAN DE TABULACIÓN DE DATOS	57
3.5. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	57
3.6. ASPECTOS ÉTICOS.....	58
CAPÍTULO IV.....	59
RESULTADOS.....	59
4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO	59
4.1.1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS MATERNAS.....	59
4.1.2. RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS	64
4.2. ANÁLISIS INFERENCIAL.....	65

4.2.1. COMPLICACIONES INTRAPARTO OBSTÉTRICAS Y RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS	65
4.2.1. COMPLICACIONES INTRAPARTO CLÍNICAS Y RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS	73
CAPÍTULO V.....	80
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	80
CONCLUSIONES	83
RECOMENDACIONES.....	85
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	86
ANEXOS.....	99

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Rango etario de las puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024.....	59
Tabla 2. Grado de instrucción de las puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024	60
Tabla 3. Religión de las puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024.....	61
Tabla 4. Estado civil de las puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024.....	62
Tabla 5. Ocupación de las puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024.....	63
Tabla 6. Incidencia de la retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024.....	64
Tabla 7. Hemorragia obstétrica y retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024	65
Tabla 8. Medidas de asociación (prueba exacta de Fisher y Odds Ratio) entre hemorragia obstétrica y retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024.....	66
Tabla 9. Atonía uterina y retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024.....	66
Tabla 10. Medidas de asociación (prueba exacta de Fisher y Odds Ratio) entre atonía uterina y retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024.....	67
Tabla 11. Distocia de hombros y retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024	68
Tabla 12. Medidas de asociación (prueba exacta de Fisher y Odds Ratio) entre distocia de hombros y retención de restos placentarios en puérperas	

inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024.....	69
Tabla 13. Rotura uterina y retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024.....	69
Tabla 14. Medidas de asociación (prueba exacta de Fisher y Odds Ratio) entre rotura uterina y retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024.....	70
Tabla 15. Placenta previa y retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024.....	71
Tabla 16. Medidas de asociación (prueba exacta de Fisher y Odds Ratio) entre placenta previa y retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024.....	72
Tabla 17. Anemia y retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024.....	73
Tabla 18. Medidas de asociación (prueba exacta de Fisher y Odds Ratio) entre anemia y retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024.....	74
Tabla 19. Preeclampsia y retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024.....	74
Tabla 20. Medidas de asociación (prueba exacta de Fisher y Odds Ratio) entre preeclampsia y retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024.....	75
Tabla 21. Infección intraamniótica y retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024.....	76
Tabla 22. Medidas de asociación (prueba exacta de Fisher y Odds Ratio) entre infección intraamniótica y retención de restos placentarios en	

puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024	77
Tabla 23. Diabetes gestacional y retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024	77
Tabla 24. Medidas de asociación (prueba exacta de Fisher y Odds Ratio) entre diabetes gestacional y retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024.....	78

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Rango etario de las puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024.....	59
Figura 2. Grado de instrucción de las puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024	60
Figura 3. Religión de las puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024.....	61
Figura 4. Estado civil de las puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024.....	62
Figura 5. Ocupación de las puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024.....	63
Figura 6. Incidencia de la retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024.....	64
Figura 7. Hemorragia obstétrica y retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024	65
Figura 8. Atonía uterina y retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024.....	66
Figura 9. Distocia de hombros y retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024	68
Figura 10. Rotura uterina y retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024.....	69
Figura 11. Placenta previa y retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024.....	71
Figura 12. Anemia y retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024.....	73

Figura 13. Preeclampsia y retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024	74
Figura 14. Infección intraamniótica y retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024	76
Figura 15. Diabetes gestacional y retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024	77

RESUMEN

Objetivo: Relacionar las complicaciones intraparto con la retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024. **Método:** Estudio observacional, retrospectivo, de enfoque cuantitativo, nivel descriptivo-relacional y diseño no experimental. Se analizaron 62 historias clínicas de puérperas inmediatas, seleccionadas mediante muestreo censal. La información se recolectó a través de una ficha estructurada. Para el análisis estadístico se empleó la prueba exacta de Fisher y se calcularon los Odds Ratio con intervalos de confianza al 95%. **Resultados:** La mayoría de las puérperas tenía más de 30 años (56,5%), formación técnica (35,5%), estado civil conviviente (62,9%), religión católica (54,8%) y trabajaba bajo contrato (30,6%). La incidencia de retención de restos placentarios fue del 64,5% (40 casos). En las complicaciones intraparto obstétricas, la hemorragia se presentó en 38,7% de las puérperas con retención (OR=0,857; IC95%: 0,293–2,510; p=1,000), la atonía uterina en 30,6% (OR=1,583; IC95%: 0,544–4,605; p=0,435), la distocia de hombros en 27,4% (OR=1,584; IC95%: 0,530–4,732; p=0,586), la rotura uterina en 1,6% (OR=9113,0; IC95%: 0,000–∞; p=1,000) y la placenta previa en 16,1% (OR=0,889; IC95%: 0,273–2,893; p=1,000). Entre las complicaciones clínicas, la anemia fue la más destacada en 53,2% (OR=3,260; IC95%: 1,005–10,599; p=0,049), seguida de preeclampsia 19,3% (OR=1,143; IC95%: 0,360–3,663; p=1,000), infección intraamniótica 14,5% (OR=6,097; IC95%: 0,718–51,765; p=0,098) y diabetes gestacional 11,3% (OR=1,343; IC95%: 0,310–5,817; p=0,693). **Conclusiones:** La anemia materna se relacionó significativamente con la retención de restos placentarios; por tanto, se acepta parcialmente la hipótesis planteada.

Palabras clave: Complicaciones del parto; retención de la placenta; puerperio; obstétrico, clínico, anemia.

ABSTRACT

Objective: To relate intrapartum complications with retained placental tissue in immediate postpartum women attended at the Moras Health Center, Huánuco, during 2024. **Method:** Observational, retrospective study with a quantitative approach, descriptive-relational level, and non-experimental design. Sixty-two clinical records of immediate postpartum women were analyzed, selected through a census sampling method. Data were collected using a structured data collection form. Fisher's exact test was used for statistical analysis, and Odds Ratios (OR) with 95% confidence intervals were calculated. **Results:** The majority of the women were over 30 years old (56.5%), had technical education (35.5%), were cohabiting (62.9%), identified as Catholic (54.8%), and worked under contract (30.6%). The incidence of retained placental tissue was 64.5% (40 cases). Among obstetric intrapartum complications, hemorrhage occurred in 38.7% of women with retained tissue (OR=0.857; 95% CI: 0.293–2.510; p=1.000), uterine atony in 30.6% (OR=1.583; 95% CI: 0.544–4.605; p=0.435), shoulder dystocia in 27.4% (OR=1.584; 95% CI: 0.530–4.732; p=0.586), uterine rupture in 1.6% (OR=9113.0; 95% CI: 0.000–∞; p=1.000), and placenta previa in 16.1% (OR=0.889; 95% CI: 0.273–2.893; p=1.000). Among clinical complications, anemia was the most frequent at 53.2% (OR=3.260; 95% CI: 1.005–10.599; p=0.049), followed by preeclampsia 19.3% (OR=1.143; 95% CI: 0.360–3.663; p=1.000), intra-amniotic infection 14.5% (OR=6.097; 95% CI: 0.718–51.765; p=0.098), and gestational diabetes 11.3% (OR=1.343; 95% CI: 0.310–5.817; p=0.693). **Conclusions:** Maternal anemia was significantly associated with retained placental tissue; therefore, the hypothesis is partially accepted.

Keywords: Labor complications; retained placenta; postpartum; obstetric; clinical; anemia.

INTRODUCCIÓN

Las complicaciones durante el parto constituyen eventos adversos que repercuten indistintamente en la progenitora y en el infante, surgiendo de manera aguda durante el trabajo de parto o el alumbramiento y pudiendo estar relacionadas con condiciones preexistentes, entre las que destacan la metrorragia puerperal, la dificultad en el desprendimiento de los hombros fetales y el cuadro infeccioso corioamniótico ^(1, 2). Dichas eventualidades exacerbaban la tasa de morbilidad y la mortalidad, tanto en la población de gestantes como en la de neonatos, lo cual se observa con mayor incidencia en entornos caracterizados por la escasez de recursos disponibles y por una marcada disparidad en el acceso a las prestaciones sanitarias ⁽³⁾. En este marco, la retención de restos placentarios se identifica como una complicación crítica del período de expulsión placentaria, asociándose con hemorragias graves, infecciones y anemia, lo que representa un riesgo significativo para la vida materna, particularmente en Perú y en la región de Huánuco, donde la investigación es limitada ^(4, 5).

En consecuencia, la formulación del problema que guía esta investigación se plantea así: ¿Cuáles son las complicaciones intraparto relacionadas con la retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024? La investigación se justifica por la imperiosidad de establecer los determinantes de vulnerabilidad, mejorar la atención obstétrica y prevenir complicaciones graves, considerando que la retención placentaria impacta directamente en la morbilidad y mortalidad materna, y proporciona información actualizada para optimizar protocolos de manejo del tercer estadio del parto y fortalecer la calidad del servicio de salud regional.

Partiendo de este planteamiento, el objetivo general de la investigación es relacionar las complicaciones intraparto con la retención de restos placentarios en puérperas inmediatas, y se concreta en objetivos específicos que incluyen la relación de complicaciones obstétricas y clínicas con la retención placentaria, la determinación de la incidencia de esta complicación y la descripción de las características demográficas de las puérperas atendidas. Para alcanzar estos fines, la investigación se estructuró en cinco

capítulos que abordan, de manera progresiva y coherente, el planteamiento del problema y fundamentos teóricos, el marco conceptual con antecedentes, definiciones, hipótesis y variables. El segmento metodológico abarca la especificación de las herramientas y estrategias empleadas para la compilación de los datos, así como los protocolos de conducta ética aplicados. Seguidamente, se detalla el análisis estadístico, el cual se ejecutó mediante la prueba exacta de Fisher y la determinación del cociente de probabilidades (Odds Ratio), junto a sus respectivos intervalos de confianza del 95%. Posteriormente, se presenta la exposición de los hallazgos obtenidos, culminando con la formulación de las inferencias finales y las sugerencias de acción pertinentes.

La investigación emplea un enfoque cuantitativo, de tipo observacional, retrospectivo y diseño no experimental, analizando 62 historias clínicas de púerperas inmediatas mediante un instrumento estructurado, con fuentes de información confiables como revistas científicas, repositorios académicos y libros virtuales. Entre sus limitaciones destacan la disponibilidad incompleta de registros médicos, inconsistencias en la documentación de complicaciones y la restricción a un único centro de salud.

No obstante, a pesar de estas restricciones, los hallazgos obtenidos permiten evidenciar de manera clara que las complicaciones intraparto constituyen factores determinantes en la retención de restos placentarios en púerperas inmediatas, lo que posibilita identificar la magnitud de esta problemática en contextos del C. S. Moras, Huánuco, y proporciona información para fortalecer la atención obstétrica, priorizar estrategias preventivas y mejorar la seguridad y bienestar materno en la región. Los hallazgos obtenidos ofrecen información crítica para el discernimiento de la gestión sanitaria, contribuyendo al fortalecimiento de los protocolos de manejo del tercer estadio del parto y permitiendo priorizar estrategias preventivas dirigidas a contribuir a la atenuación de la morbilidad en la población materna en su contexto asociado. En tal sentido, esta investigación proporciona un aporte significativo al conocimiento científico local, y subraya la relevancia de implementar una monitorización ininterrumpida y un proceso de cualificación constante para los profesionales sanitarios.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Las contingencias perinatales son eventos adversos que surgen durante el trabajo de parto y el parto, incidiendo negativamente sobre el binomio madre-hijo. Tales adversidades tienen el potencial de deberse a condiciones preexistentes o desarrollarse durante el proceso del parto. Entre las más comunes se incluyen la hemorragia posparto, la distocia de hombros, el prolapso del cordón umbilical y la infección intraamniótica ⁽¹⁾ ⁽²⁾ ⁽³⁾. Dichos eventos representan desafíos significativos concernientes a la gestión clínica del alumbramiento, con énfasis en aquellos ámbitos caracterizados por la escasez de medios, donde el manejo inadecuado de estas complicaciones contribuye a una alta incidencia de resultados adversos ⁽⁴⁾.

En este contexto, destacan también las alteraciones en el progreso del trabajo de parto, las hemorragias obstétricas y los desgarros perineales severos, que pueden llevar a intervenciones quirúrgicas de emergencia y prolongar la hospitalización. Estas complicaciones incrementan el riesgo de implicancia materna y neonatal, particularmente en regiones con acceso desigual a servicios obstétricos de calidad ⁽⁵⁾.

Una de las morbilidades primordiales consecuentes al alumbramiento radica en la persistencia de fragmentos de tejido placentario, definida como la incapacidad del útero para expulsar completamente los tejidos placentarios tras el alumbramiento ⁽⁶⁾. Esta condición, que afecta significativamente la recuperación posparto, está correlacionada con una exacerbación de las tasas de complicaciones y fallecimientos en el contexto obstétrico. Las consecuencias incluyen hemorragias severas, infecciones graves, anemia y, en casos extremos, la necesidad de intervenciones quirúrgicas como la histerectomía ⁽⁷⁾.

En esa misma línea, la muerte materna asociada a la misma es una preocupación significativa, particularmente en escenarios caracterizados por la dificultad de acceso a las prestaciones sanitarias perinatales. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las hemorragias obstétricas,

muchas veces derivadas de la retención placentaria, representan el 27% de las muertes maternas globales. Estas cifras son más altas en regiones en contextos depauperados en que las estructuras de salud pública acusan limitaciones de carácter significativo ⁽⁸⁾. Durante el ejercicio 2020, se registró el deceso diario de aproximadamente 800 mujeres a causa de complicaciones gestacionales y obstétricas que, según la evidencia, eran susceptibles de prevención. Este alarmante dato implica que, aproximadamente, cada dos minutos se registró una muerte materna. Es preciso señalar que aproximadamente el 95% de estos decesos se concentraron en naciones con un nivel de ingresos precario o intermedio-bajo, lo cual subraya la palpable disparidad en el acceso a las prestaciones de salud destinadas a la maternidad y la necesidad urgente de fortalecer los sistemas sanitarios en estas regiones ⁽⁹⁾.

Esta problemática también afecta significativamente al Perú, donde cifras del Ministerio de Salud (MINSA) revelan que, en 2023, se registraron 262 defunciones en progenitoras. Esto equivale a la trágica pérdida de una mujer grávida cada 36 horas, atribuidos a morbilidades concomitantes con la gestación o el alumbramiento. Se ha determinado que la etiología primordial son las hemorragias obstétricas, eventos que tienen el potencial de manifestarse en cualquier período de la gravidez. Si no se gestionan de manera oportuna, estos eventos representan una amenaza inminente para la supervivencia de la paciente. Las hemorragias severas suelen estar asociadas con diversas condiciones subyacentes, como alteraciones en la placenta, rupturas uterinas o complicaciones de embarazos ectópicos ⁽¹⁰⁾.

Por otro lado, en naciones con economías emergentes, la prevalencia de la RPOC se sitúa entre el 1% y el 3% de los partos, pero puede ser mayor debido a la falta de protocolos consistentes para el manejo del tercer estadio del parto. En comparación, en contextos con mejores recursos, estas cifras se reducen significativamente gracias a la implementación de prácticas como la administración activa del alumbramiento ⁽⁸⁾.

Estudios recientes como el de Faiz y Ananth, ⁽¹¹⁾ han identificado múltiples factores que aumentan el riesgo de complicaciones relacionadas, tales como cesáreas previas, embarazos múltiples y antecedentes de infecciones uterinas. Un meta-análisis destacó que entre el 2.8 y el 19.7 por

1,000 embarazos están afectados por placenta previa, sin embargo, sus resultados mostraron la existencia de un vínculo estadístico notable entre tales determinantes y la retención placentaria, lo cual refuerza la necesidad de intervenciones preventivas en poblaciones de riesgo.

Desde otra perspectiva, factores de riesgo como partos prolongados, cesáreas previas y anomalías en la inserción placentaria están estrechamente relacionados con la incidencia de esta problemática. Además, la retención placentaria es concebida como una causa primordial de hemorragia durante el alumbramiento, lo que genera un riesgo significativo para el pronóstico de la díada madre-hijo ⁽¹²⁾.

En contexto peruano, la RPOC representa una problemática significativa en salud materna. Según un estudio realizado en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, la frecuencia de RRP en partos vaginales con alumbramiento dirigido fue del 13.23% durante un periodo de observación, mientras que las complicaciones asociadas, como hemorragias postparto, representaron el 16% de los casos ⁽¹³⁾. Asimismo, en el departamento de La Libertad, un análisis de muertes maternas reveló que el 22.22% de las mismas estaban asociadas con la retención de membranas o placentas ⁽¹⁴⁾.

A nivel de Huánuco, una investigación realizada en el C. S. La Unión (2023) reveló que el 12% de los casos atendidos presentaron retención de restos placentarios ⁽¹⁵⁾. Esta cifra pone de manifiesto la persistencia de esta complicación en la región, pero también resalta una inquietante ausencia de estudios en el Centro de Salud Moras, dejando un vacío importante en la comprensión de esta problemática en esa área específica. Por consiguiente, se vuelve crucial desarrollar una indagación que posibilite la aprehensión del efecto fáctico que esta morbilidad ejerce sobre las grávidas que acuden a este centro, identificando sus causas y consecuencias, por ello, planteo la siguiente problemática.

1.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son las complicaciones intraparto relacionadas con la retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

P₁: ¿Existe relación entre las complicaciones intraparto obstétricas, como hemorragia obstétrica, atonía uterina, distocia de hombros, ruptura uterina y placenta previa, con la retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024?

P₂: ¿Existe relación entre las complicaciones intraparto clínicas, como anemia, preeclampsia, infección intraamniótica y diabetes gestacional, con la retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024?

P₃: ¿Cuál es la incidencia de la retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024?

P₄: ¿Cuáles son las características demográficas de las puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024?

1.3. OBJETIVO GENERAL

Relacionar las complicaciones intraparto con la retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

1.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

O₁: Relacionar las complicaciones intraparto obstétricas, como la hemorragia obstétrica, atonía uterina, distocia de hombros, ruptura uterina y placenta previa, con la retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

O₂: Relacionar las complicaciones intraparto clínicas, como la anemia, la preeclampsia, infección intraamniótica y la diabetes gestacional, con la retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

O₃: Determinar la incidencia de la retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

O₄: Describir las características demográficas de las púerperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

1.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Teóricamente, la permanencia de restos ovulares en la cavidad uterina se define como una complicación obstétrica que tiene una gran relevancia en la salud materna y perinatal. Desde una perspectiva teórica, esta condición está asociada con diversas complicaciones del parto, que incluyen hemorragias postparto, infecciones y la necesidad de intervenciones quirúrgicas. Los estudios han demostrado que la RPOC puede surgir debido a factores como partos prolongados, anomalías en la inserción placentaria, o problemas durante la expulsión de la placenta. Además, la falta de intervención adecuada y el retraso en el tratamiento de la retención pueden provocar complicaciones graves, lo que hace imperativo estudiar los factores asociados y mejorar las estrategias de manejo.

En esa misma línea, la inadecuada expulsión de residuos puerperales es considerada una contingencia en el ámbito del nacimiento de alta relevancia clínica, debido a su asociación directa con hemorragias postparto y, en casos graves, con mortalidad materna. Esta condición se presenta cuando la placenta o fragmentos de ella no son expulsados espontáneamente dentro de los 30 minutos posteriores al alumbramiento ⁽¹⁶⁾. A nivel mundial, su prevalencia oscila entre el 0,5 % y el 3,3 % de los partos, lo cual refleja su importancia como evento clínico que requiere atención oportuna ⁽¹⁶⁾. En el contexto peruano, un estudio realizado en el Hospital Regional de Ayacucho documentó una incidencia de persistencia de fragmentos placentarios equivalente a 7,8 %, es decir, 1 328 casos entre 17 053 parturientas atendidas entre los años 2010 y 2015 ⁽¹⁷⁾. Esta cifra es considerablemente mayor al promedio internacional y subraya la imperiosidad de implementar acciones de índole preventiva y correctivas en el ámbito de la salud materna. La retención de remanentes de la placenta impide la apropiada contracción del músculo uterino y favorece la aparición de hemorragias anormales, exacerbando el riesgo de sufrir morbilidad y fallecimientos en el contexto del puerperio ⁽¹⁸⁾. En virtud de que esta morbilidad se posiciona como un factor etiológico cardinal en la mortalidad

materna a nivel nacional, se vuelve imperativo emprender una indagación exhaustiva sobre los determinantes que propician la persistencia de fragmentos placentarios, con el fin de optimizar de manera efectiva las estrategias profilácticas, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, contribuyendo así al fortalecimiento relativo a la cobertura de los servicios de atención obstétrica a escala nacional.

A nivel práctico, la investigación sobre la RPOC en el C. S. Moras, Huánuco, es crucial para mejorar la atención de las mujeres durante el parto. El análisis desarrollado aporta información vigente y de relevancia sustancial acerca de la incidencia de esta complicación en la región y permitió identificar los factores de riesgo más prevalentes, requisito fundamental para el perfeccionamiento de las pautas de manejo en la atención perinatal. La permanencia anómala de los elementos derivados de la gestación, aunque es una complicación tratable, conlleva implicaciones críticas para el bienestar integral de la mujer puérpera, incluyendo infecciones y hemorragias. En ese contexto, se aspira a optimizar la calidad de la asistencia obstétrica en la institución sanitaria, con la subsecuente mitigación de los índices de morbilidad y decesos en la población materna, ofreciendo un enfoque más personalizado y adecuado a las necesidades de las mujeres atendidas en la región.

Metodológicamente, se centró en el análisis retrospectivo de la información contenida en los registros hospitalarios de las féminas que cursaron el puerperio inmediato y que fueron atendidas en el C. S. Moras durante la anualidad de 2024. Este diseño permitió recoger información detallada y precisa sobre las complicaciones intraparto y los factores clínicos relacionados con la variable principal. Los datos recolectados se sometieron a análisis estadísticos, permitiendo identificar patrones y asociaciones entre las complicaciones y la retención placentaria.

1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

El principal condicionamiento de esta investigación se relaciona con la **disponibilidad de datos completos y actualizados en las historias clínicas** del Centro de Salud Moras. Aunque se planeó obtener información de las puérperas atendidas en 2024, el acceso a registros médicos estuvo limitado debido a inconsistencias o faltantes en los datos. Esto afectó la

calidad de la recolección de información, ya que algunos casos no estuvieron completamente documentados, lo que limitó el análisis de factores como las complicaciones previas y otros detalles completos del tratamiento obstétrico.

Además, la **generalización de los resultados** fueron una limitación, puesto que el alcance del estudio se circunscribió a un único establecimiento sanitario situado en la región de Huánuco, ello impone una restricción al grado de generalizabilidad de las conclusiones. Las características demográficas y los factores de riesgo variaron significativamente en otras zonas rurales según otras investigaciones, por lo que los hallazgos fueron no representativos a nivel nacional o global.

Otra limitación fue la **falta de consistencia en los criterios de diagnóstico** entre los profesionales de salud. El establecimiento de definiciones precisas para las adversidades obstétricas, como la retención de productos de la concepción y la documentación de casos variaron entre diferentes profesionales, lo que influyó en la exactitud de la información recopilada.

1.7. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

No obstante, los condicionamientos previamente expuestos, esta investigación tiene una viabilidad considerable debido a la accesibilidad de las historias clínicas y la colaboración del personal de salud del C. S. Moras. La recolección de datos fue factible, dado que el centro tiene registros sistematizados que permitieron identificar de manera precisa los casos de complicaciones intraparto y retención placentaria.

En términos de tiempo, se contó con un plazo adecuado para realizar la fase de compilación de los registros y el consecuente escrutinio de los mismos. La viabilidad técnica estuvo asegurada gracias al uso de herramientas estadísticas modernas, que permitieron analizar los datos de manera rápida y eficiente, a pesar de las posibles limitaciones en cuanto a la cantidad de casos registrados.

Además, la factibilidad de implementar las recomendaciones derivadas de la investigación en el centro de salud es alta, lo que hace que los beneficios de esta investigación sean valiosos para la comunidad local.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

En Israel, año 2021, según Attali et al, ⁽¹⁹⁾ en su investigación científica **“Exposición prolongada al meconio en casos de rotura prematura espontánea de membranas al término y desenlace del embarazo”**, El objetivo fue analizar el impacto de la exposición prolongada al líquido amniótico meconial (LAM) en mujeres con ruptura prematura de membranas a término sobre los desenlaces maternos y neonatales. Para ello, realizaron una cohorte retrospectiva (2011-2019) comparando a mujeres con LAM (inducción inmediata) versus líquido amniótico claro (inducción tardía), evaluando tasas de parto vaginal y complicaciones. Los resultados mostraron una disminución progresiva de la tasa de partos vaginales en ambos grupos con el aumento del tiempo desde la ruptura (en el grupo LAM, del 75.7% al 61.6%), y un aumento significativo de desenlaces neonatales adversos en el grupo LAM (del 1.9% al 8.2% después de 18 horas de exposición, $p = 0.038$), sin diferencias significativas en hemorragia posparto o reingresos maternos, aunque se evaluó la extracción manual de placenta retenida. En conclusión, la exposición prolongada al LAM se asoció con mayores riesgos neonatales, pero no impactó significativamente los resultados maternos directos en este estudio. En tal sentido, este estudio resalta cómo una complicación intraparto (líquido amniótico meconial) se relaciona con resultados adversos, principalmente neonatales. Aunque no encontró una conexión directa con la RPOC como desenlace materno significativo, la evaluación de la extracción manual de placenta retenida lo vincula tangencialmente con posibles complicaciones en el alumbramiento.

En el País de China, año 2021, Liu et al, ⁽²⁰⁾ **“Prevalencia y factores de riesgo de hemorragia posparto grave: un estudio de cohorte retrospectivo”**. El objetivo fue determinar la prevalencia y los factores de riesgo de la hemorragia posparto severa (SPPH), definida

como una pérdida sanguínea ≥ 1000 ml con transfusión ≥ 4 unidades de sangre. A través de un estudio de cohorte retrospectivo (enero 2015 - agosto 2019) en un centro médico de Guangzhou, se analizaron 34,178 partos después de la semana 28 de gestación. Resultados. Mostraron una prevalencia de SPPH del 1.56% (532 casos), siendo los trastornos placentarios (55.83%) y la atonía uterina sin retención placentaria (38.91%) las principales causas. Los factores de riesgo significativos incluyeron edad materna < 18 años (aOR=11.52), cesáreas previas (aOR=2.57), antecedentes de HPP (aOR=4.94), anemia preparto (aOR=2.37), concepción in vitro (aOR=1.78), parto prolongado (aOR=5.24), placenta previa (aOR=9.75), desprendimiento de placenta (aOR=3.85) y macrosomía (aOR=2.30). La conclusión identifica varios factores de riesgo intraparto y obstétricos (como trastornos placentarios, placenta previa, desprendimiento de placenta y parto prolongado) asociados a una complicación severa como la hemorragia posparto. Aunque el foco principal no es la RPOC, la mención de los trastornos placentarios como causa importante de SPPH podría tener una conexión indirecta, ya que la RPOC es un tipo de complicación del alumbramiento que involucra la placenta.

Noruega, en el año 2022, los autores Linde et al, ⁽²¹⁾ en su estudio **“Factores de riesgo y recurrencia de la hemorragia posparto por causas específicas: un estudio de base poblacional”**. Ejecutaron una indagación pormenorizada con fundamento en la población, analizando datos de más de tres millones de partos únicos entre 1967 y 2017, orientado a establecer los determinantes de riesgo y la recurrencia del evento hemorrágico post-alumbramiento, según su causa específica. Sus hallazgos revelaron una prevalencia de HPP del 9.3%, siendo la retención de placenta o membranas la causa más común en los casos graves (29.3%). Curiosamente, el sexo masculino del neonato se asoció con un menor riesgo de HPP, especialmente en los casos relacionados con retención placentaria (ORa: 0.80). Por otro lado, una cesárea previa se vinculó fuertemente con la HPP por distocia (ORa: 13.2). En cuanto a la recurrencia, las mujeres que experimentaron retención placentaria en un parto previo tuvieron un

riesgo significativamente elevado de repetirlo (ORa: 5.9). El estudio concluyó que las características maternas, fetales y obstétricas influyen de manera diferencial en los distintos tipos de HPP, resaltando el papel crucial de la retención placentaria en los casos más severos.

En Estados Unidos, año 2024, Donthi et al, ⁽²²⁾ en su investigación titulada **“Complicaciones intraparto y a los 30 días postparto en embarazos con infección prenatal por sars-cov-2”**, emplearon un diseño de cohorte retrospectivo utilizando la base de datos nacional de la Red de Investigación TriNetx, que integra registros médicos electrónicos. Se incluyeron mujeres que dieron a luz entre enero de 2020 y mayo de 2023, identificando los partos mediante los códigos ICD-10 O80-O82 y los diagnósticos de COVID-19 con el código ICD-10 U07.1. Las gestantes infectadas fueron emparejadas con el grupo control según edad, raza y etnicidad, y se analizaron las complicaciones obstétricas, cardiovasculares, neurovasculares y pulmonares ocurridas desde el parto hasta los 30 días posteriores, utilizando razones de riesgo (RR) e intervalos de confianza del 95%. De las 368,923 pacientes analizadas, 26,974 (7%) fueron diagnosticadas con COVID-19 durante el embarazo. Los resultados mostraron que estas pacientes tuvieron un mayor riesgo de hemorragia posparto (RR 1.24; IC 95%: 1.16-1.33), hipertensión gestacional (RR 1.27; IC 95%: 1.21-1.34), preeclampsia (RR 1.25; IC 95%: 1.18-1.32), eclampsia (RR 1.66; IC 95%: 1.29-2.23) y parto prematuro (RR 1.21; IC 95%: 1.12-1.31), complicaciones que guardan estrecha relación con la evolución del alumbramiento y el riesgo de RPOC. Asimismo, se reportaron mayores tasas de complicaciones sistémicas como infarto cerebral (RR 1.74; IC 95%: 1.04-2.90), embolia pulmonar (RR 2.68; IC 95%: 1.74-4.13), trombosis venosa profunda (RR 2.32; IC 95%: 1.45-3.71), sepsis (RR 2.21; IC 95%: 1.54-3.19), insuficiencia cardíaca (RR 1.55; IC 95%: 1.04-2.31) y miocardiopatía (RR 2.08; IC 95%: 1.30-3.32). A pesar de ello, no se identificó una disparidad con significancia estadística en la prevalencia del síndrome HELLP (RR 1.18; IC 95%: 0.96-1.44), desprendimiento de placenta (RR 1.14; IC 95%: 0.94-1.37) ni infarto de miocardio (RR 1.40; IC 95%: 0.62-3.15). En conclusión, los

autores evidencian que la infección prenatal por SARS-CoV-2 constituye un factor de riesgo importante para la aparición de complicaciones obstétricas, cardiovasculares y pulmonares durante el periodo perinatal.

En Pakistán, año 2024, una investigación desarrollada por Fahim et al, ⁽²³⁾ titulada **“Factores de riesgo y consecuencias de una complicación obstétrica poco frecuente: la decapitación fetal intraparto”**, abordaron la decapitación fetal intraparto, una complicación extremadamente rara pero de consecuencias devastadoras. Fueron discernidas variables de predisposición relevantes en el contexto del parto con morbilidad, como la macrosomía fetal, el índice de masa corporal elevado, la desproporción cefalopélvica, la edad gestacional avanzada, el extendimiento anómalo del período de descenso y salida del feto, la diabetes gestacional y la presentación de nalgas. Se encontró que complicaciones como la distocia de hombros variable directamente relacionada a este estudio aumentan el riesgo de eventos traumáticos durante el alumbramiento, sobre todo en partos asistidos con dispositivos de vacío. El artículo pone de manifiesto que la inadecuación del abordaje terapéutico y la formación limitada del personal sanitario incrementan la magnitud de estos desenlaces mórbidos. Además, se enfatiza la importancia de realizar controles prenatales rigurosos para detectar oportunamente estos factores de riesgo y decidir el tipo de parto más seguro, reduciendo así la probabilidad de complicaciones graves como la retención de productos conceptuales. Se concluye que una adecuada formación del equipo médico, combinada con comunicación clara hacia las gestantes, es esencial para prevenir estos desenlaces fatales durante el parto.

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

En el departamento de Huancayo, 2022, Villazana Álvarez K, ⁽²⁴⁾ en su investigación **“Características de puérperas con retención de restos placentarios atendidas en el centro de salud de Chilca 2019”**, orientado a discernir los atributos inherentes a la paciente que se correlacionan con la retención de remanentes puerperales en

puérperas atendidas durante ese periodo. El estudio adoptó un enfoque descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. El universo muestral se constituyó a partir de 1,250 mujeres en la fase inmediatamente posterior al parto, de las cuales se seleccionó una muestra de 150 casos, bajo criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos. La recolección de datos se realizó mediante la técnica de observación, utilizando una ficha estructurada como instrumento de registro, y el análisis estadístico univariado se efectuó mediante el software SPSS versión 23. Los resultados evidenciaron que, en el ámbito anteparto, la multiparidad fue un factor relevante, encontrándose en el 44% de las gestantes, mientras que el 62,67% presentaba antecedentes de abortos y el 41,33% un intervalo intergenésico considerado normal. En cuanto al trabajo de parto, el 45,33% cursó una duración habitual del mismo. En el periodo postparto, se observó que el 64% presentó un alumbramiento tipo Duncan, el 72% tuvo un tiempo de alumbramiento inferior a 15 minutos y el 64% recibió manejo dirigido del alumbramiento. Se concluyó que las características más frecuentes en puérperas con RPOC se vinculan a antecedentes obstétricos específicos y a eventos intraparto y postparto relacionados con el tipo y duración del alumbramiento.

En el departamento de Lima, año 2022, Lamas Alférez NK y Carrasco Alcantara JJ, ⁽²⁵⁾ en su investigación **“Factores clínico-epidemiológicos maternos asociados a la atonía uterina en puérperas del servicio de ginecología y obstetricia. Hospital San Bartolomé. Marzo 2019- marzo 2021”**, orientado a determinar los elementos de análisis clínico-epidemiológicos asociados a la ocurrencia de atonía uterina en mujeres asistidas en dicho nosocomio. El estudio empleó un diseño analítico de casos y controles en una proporción 1:2, de tipo retrospectivo. La fase de compilación de registros se concretó mediante la revisión de historias clínicas, valiéndonos de una ficha de codificación diseñada ad hoc. El subsiguiente análisis estadístico incluyó procedimientos bivariados y multivariados, ejecutados en el entorno del programa SPSS v25.0. Respecto a los resultados, se reportó que el 33,3% de las puérperas presentó atonía uterina,

mientras que el 66,7% no la desarrolló. En el análisis bivariado, se identificaron como determinantes de riesgo significativos el parto prolongado (OR 5.416; IC95% 3.058–9.594; $p<0.01$) y un control prenatal inadecuado (OR 1.88; IC95% 1.212–2.941; $p<0.005$), resultados que se confirmaron en el análisis multivariado. Asimismo, variables como la paridad (OR 2.084), la anemia materna (OR 2.705) y la inducción con oxitocina (OR 1.944) mostraron significancia estadística en el análisis bivariado, pero no en el multivariado. La obesidad materna, aunque no alcanzó significancia en el bivariado, sí lo hizo en el multivariado. En conclusión, el estudio evidencia que factores como el parto prolongado y la atención prenatal deficiente incrementan significativamente el riesgo de atonía uterina.

En el departamento de Huancavelica, 2022, Cabrera Vargas L, ⁽²⁶⁾ en su informe de tesis **“Características del parto en puérperas con retención de restos placentarios atendidos en el centro de salud Churcampá en el año 2020”**. La finalidad primordial de este estudio se centró en la dilucidación de los rasgos distintivos obstétricos y las peculiaridades inherentes al alumbramiento en la cohorte de gestantes que sufrieron residuo placentario en la mencionada institución. El estudio adoptó un enfoque de corte transversal, retrospectivo, con nivel descriptivo y diseño simple. La población estuvo constituida por 51 féminas posparto con diagnóstico de RPOC, trabajándose mediante un muestreo censal. Se recurrió al análisis de contenido de las historias clínicas como el procedimiento medular. La instrumentación consistió en una ficha diseñada para la sistematización de los datos, los cuales fueron sometidos a un procesamiento estadístico en el nivel descriptivo simple (univariado). La evaluación de los datos puso de manifiesto que una fracción sustancial de la muestra (60,8%) eran menores de 27 años y que el 74,5% había recibido seis o más controles prenatales. En cuanto a la paridad, predominó la nuliparidad (45,1%), seguida de la multípara (31,4%). En lo concerniente al intervalo gestacional (intergenésico), se determinó que la proporción de 35,3% de las pacientes presentaban un intervalo menor a 18 meses. Entre los antecedentes obstétricos, el 21,6% reportó abortos y legrados uterinos

previos. En lo que respecta a las morbilidades gestacionales, la preeclampsia (7,8%) y la ruptura prematura del saco amniótico (9,8%) sobresalieron como las de mayor incidencia dentro de la casuística identificada, variables que guardan relación directa con el riesgo de complicaciones intraparto y posparto. Durante el parto, una proporción del 35,3% de las féminas posparto sufrió complicaciones periparto, entre las que resaltaron el alumbramiento acelerado (25,5%) y la fase activa extendida del parto (3,9%). Asimismo, el 90,2% de los alumbramientos fueron dirigidos y el 80,4% tuvieron una duración inferior a 11 minutos. Se evidenció también una alta incidencia de desprendimiento placentario tipo Schultze (68,6%), así como de desgarros perineales (31,4%). En conclusión, la propiedad distintiva que sobresalió entre las pacientes posparto afectadas por esta afección fue la edad temprana, la alta frecuencia de controles prenatales, la nuliparidad, antecedentes de aborto, y complicaciones como parto precipitado o prolongado.

En el departamento de Tacna, año 2023, Valdez Oyola RL, ⁽²⁷⁾ en su tesis de grado académico **“Hemorragia post parto por retención placentaria en centro de salud Huancaray, Apurímac 2021”**, enfocado en analizar el manejo clínico de la hemorragia postparto secundaria a RPOC, una complicación obstétrica de alta morbilidad materna. La investigación consistió en un estudio de caso clínico, orientado a evaluar los elementos etiológicos y la conducción terapéutica inicial de la afección y la respuesta del sistema de salud ante una emergencia obstétrica en un establecimiento de nivel I-4. Se recopiló la información mediante el análisis de registros clínicos, enfatizando el abordaje médico y las fallas en el sistema de referencia y contrarreferencia. El escenario clínico que se describe versa sobre una primípara de 24 años de edad, en la semana 38,2 de la gestación, en la cual se manifestó una retención prolongada de la placenta a lo largo del tercer estadio del alumbramiento. A pesar de dos intentos de extracción manual, la placenta se obtuvo incompleta, con una hemorragia estimada en 1800 ml, configurándose una hemorragia posparto severa. Entre los factores de riesgo identificados se

encontraron la edad materna joven, la procedencia rural, el estado civil y la paridad. De forma crítica, se evidenció la ausencia de activación de la clave roja, protocolo de emergencia del Ministerio de Salud (MINSA), hecho que retrasó la referencia inmediata a un hospital de mayor complejidad, incrementando la gravedad del cuadro clínico. En conclusión, el estudio evidencia que la retención de producto de la concepción constituye un factor determinante en la aparición de hemorragia postparto severa, complicación directamente asociada a eventos intraparto críticos.

En el departamento de Lima, año 2023, Sánchez Rodríguez EDP, ⁽²⁸⁾ en su trabajo académico **“Factores asociados a la hemorragia postparto en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2020”**. Se estructuró una investigación no experimental de casos y controles, catalogada como analítica por su naturaleza y de observación retrospectiva en un momento temporal único (transversal). La integración de la muestra totalizó 406 puérperas, de las cuales 203 presentaron hemorragia postparto (casos) y 203 no la presentaron (controles). La recolección y análisis de datos permitió identificar factores sociodemográficos y obstétricos significativamente asociados a la ocurrencia de hemorragia postparto. Entre los factores sociodemográficos, la edad materna avanzada ($p=0.009$) y la ocupación ($p=0.021$) mostraron una relación estadísticamente significativa. La evaluación de los parámetros clínicos durante el parto y la gestación reveló que diversos aspectos obstétricos aumentaron la vulnerabilidad. Aquellos con mayor magnitud fueron el proceso de parto prolongado ($OR=6.8$) y la finalización mediante cesárea ($OR=5.2$). Adicionalmente, se identificaron como factores predisponentes: la ausencia de un control prenatal adecuado ($OR=4.1$), la multiparidad o gestación múltiple ($OR=3.5$), la presencia de anemia a lo largo del embarazo ($OR=2.2$), la retención de tejido ($OR=4.2$), la inversión del útero ($OR=4.8$), la atonía de la pared uterina ($OR=5.4$), la rotura del útero ($OR=3.3$) y el desgarro del periné ($OR=2.3$). En conclusión, el estudio evidenció que tanto las características sociodemográficas como múltiples complicaciones obstétricas

intraparto, incluyendo el trabajo de parto prolongado, la retención placentaria y la atonía uterina, constituyen factores de riesgo relevantes para la hemorragia postparto.

2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES

En Huánuco, año 2021, Naupay Picón AK, ⁽²⁹⁾ **“Factores clínicos relacionados a la retención placentaria en parturientas adolescentes Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Amarilis - Huánuco, año 2017”**. La investigación se dirigió a la exploración del vínculo entre los elementos de índole clínica y el desarrollo de la retención de los restos placentarios en las adolescentes que culminaron el parto. El método implementado fue de índole cuantitativa, orientado a la identificación de nexos (correlacional), establecido como un diseño observacional y descriptivo. Su temporalidad fue de corte único y revisión de datos pasados (retrospectivo), focalizándose en el análisis de dos variables fundamentales. La población estuvo conformada por 42 adolescentes seleccionadas mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple. Los resultados revelaron que la mayoría de las gestantes pertenecían a la adolescencia tardía (83%), con predominancia de nivel educativo secundario (69%), procedencia rural (52%) y unión estable (60%). Con relación a las condiciones médicas de las gestantes adolescentes, los hallazgos arrojaron que el 48% de la muestra se hallaba bajo el estado de edades consideradas riesgo obstétrico, el 17% eran multigestas y el 14% presentaban obesidad. En cuanto a los factores relacionados a las membranas ovulares, la morbilidad por rotura temprana del saco amniótico se manifestó en el 8% de las participantes, mientras que la corioamnionitis y la placenta acreta se registraron en el 2% respectivamente. En relación a la retención placentaria, se detectaron restos placentarios en la cavidad uterina en el 83% de las adolescentes, mientras que el 17% presentó restos acompañados de sangrado postparto. El análisis estadístico, basado en la prueba de Chi cuadrado, demostró una asociación significativa entre los factores clínicos evaluados y la retención placentaria ($X^2c = 25,9 > X^2t = 3,84$; GL = 1). En conclusión, la investigación corroboró que existe un vínculo

significativo entre los elementos de índole ovular y materno y la incidencia de retención de restos placentarios en la cohorte de gestantes jóvenes, evidenciando la necesidad de un diagnóstico y control obstétrico oportuno en este grupo poblacional para prevenir complicaciones durante el puerperio.

Huánuco, en el año 2024, Lucas Santos CK, ⁽¹⁵⁾ en su tesis de grado académico titulado **“Factores obstétricos asociados a retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Centro de Salud la Unión de Huánuco, 2023”**. Se estableció un método de carácter cuantitativo con un alcance de asociación. La modalidad observacional ejecutada fue retrospectiva y de temporalidad transversal, constituyendo la estructura del estudio. La muestra estuvo constituida por las puérperas atendidas durante el año de estudio, seleccionadas bajo criterios específicos de inclusión. La recolección de datos se realizó a partir de los registros clínicos existentes, sin intervención directa en los sujetos investigados, lo que permitió analizar los antecedentes obstétricos y las características del parto y alumbramiento. Resultados. La frecuencia de RPOC fue del 12% entre las puérperas atendidas. En cuanto a las características sociodemográficas, indicaron que la mitad de las individuos analizadas pertenecía al segmento poblacional de edad temprana, el 61% poseía educación secundaria completa y el 28% se encontraba en situación de convivencia. Entre los factores obstétricos anteparto, la multiparidad (83%) y la gestación a término (94%) fueron predominantes. Asimismo, el 33% presentó ruptura prematura de membranas, el 11% hipertensión durante la gestación, y se registraron antecedentes de aborto y legrado uterino en el 19% de los casos cada uno, mientras que el antecedente de cesárea previa fue reportado en el 3% de las pacientes. Respecto a las características intraparto, se observó que el 72% de los partos tuvieron una duración normal, el 83% de los alumbramientos correspondieron al tipo Schultz y el 69% presentó un alumbramiento dirigido con duración inferior a 15 minutos. Conclusiones. La evaluación constató que los indicadores obstétricos con una asociación estadística relevante con la persistencia de tejido fetal/placentario comprendieron

el tiempo extendido del alumbramiento y la ruptura prematura de las membranas. A estos se sumaron los antecedentes de aborto y de legrado uterino instrumentado.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. PARTO

El proceso de nacimiento se desarrolla de dos maneras. La vía natural (vaginal) comprende una serie de cambios morfológicos cervicales que permiten el engranamiento y la progresión fetal a través del trayecto del parto, culminando en la fase de expulsión. En contraposición, la vía abdominal (cesárea) se realiza a través de una incisión, extrayendo al feto, las envolturas ovulares y la placenta directamente desde la cavidad abdominal y uterina ⁽³⁰⁾.

En una concordancia conceptual, la OMS designa este evento como trascendental para todas las madres sanas y sus hijos. Esta entidad rectora recalca que el alumbramiento, al ser un proceso inherente a la naturaleza biológica, puede desarrollarse sin adversidades en la mayoría de las mujeres y recién nacidos ⁽³¹⁾.

2.2.1.1. PERÍODOS DEL PARTO

a) Período de dilatación

La instauración de las contracciones rítmicas del útero marca el punto de partida para el descenso fetal, requiriendo el ajuste de las características de la cabeza fetal a las dimensiones internas de la pelvis para permitir la dilatación total del cérvix y el canal vaginal. En este momento crucial, la vigilancia de la dinámica uterina y el ritmo cardíaco fetal es fundamental ⁽³²⁾ ⁽³³⁾. El cuello uterino sufre modificaciones esenciales a lo largo del alumbramiento: la reducción de su longitud (borramiento) y su ensanchamiento (dilatación). El progreso de la dilatación se mide en centímetros (cm): desde su comienzo hasta los 3 cm se conoce como etapa latente, mientras que los valores iguales o superiores a 4 cm definen la etapa activa ⁽³⁴⁾ ⁽³⁵⁾.

b) Periodo expulsivo

Comienza justo cuando la expansión del cérvix es total, lo que facilita el tránsito del feto hacia el medio externo. Es menester

que el feto complete el descenso, la rotación y el ajuste de su dimensión cefálica al canal obstétrico. En este proceso participan la dinámica contráctil uterina y la presión generada por la contracción de los músculos del abdomen, tendiendo a impulsar el contenido intrauterino ^{(36) (37) (38)}.

c) Período de alumbramiento

Se establece como el tiempo comprendido entre el nacimiento y la liberación de la placenta. Durante el mismo, el útero se retrae en dirección descendente, causando el desprendimiento placentario de su zona de inserción. El grado de sangrado se encuentra determinado por la prontitud de la separación. Si la capacidad contráctil del útero es deficiente (atonía uterina), la persistencia de los vasos abiertos en la zona de implantación desemboca en una hemorragia severa. Este periodo se divide en cuatro subdivisiones ^{(39) (40)}.

1. Desprendimiento de la placenta

Una vez que el neonato ha sido expulsado, el útero ejecuta una retracción para ajustarse a la disminución de volumen. A pesar de esto, el órgano placentario subsiste adherido al miometrio por un intervalo breve. Tras el nacimiento, la retracción uterina se potencia con contracciones rítmicas vigorosas que constituyen la continuación de las fuerzas del parto. Durante este proceso de separación, se produce la lisis de los vasos de la decidua basal, induciendo una pérdida hemática considerada fisiológica ^{(41) (42)}, los indicadores que denotan la separación placentaria son los siguientes:

- a) Signo de Ahlfeld: Si la separación placentaria ya ha acaecido, el clip hemostático apostado en el cordón umbilical, a la altura del vestíbulo vaginal, mostrará un movimiento caudal (descenso) ^{(43) (44)}.
- b) Signo de Schroeder: Este indicador se conoce como el signo del fondo marcador, el cual evidencia una ascensión del fondo uterino y una reducción simultánea del diámetro horizontal (transverso).

- c) Signo de pescador (Fabre): La ejecución de una palpación abdominal sobre el fondo del útero, mientras se aplica tracción paralela sobre el cordón umbilical, permite determinar la adherencia. Si la tracción se percibe en el fondo uterino, esto establece que la placenta permanece fija.
- d) Signo Kustner: Cuando se procede a la movilización ascendente del útero y el cordón umbilical asciende de forma concomitante, esto constituye una señal de que la placenta aún no se ha liberado ⁽⁴⁵⁾.

Modalidades del desprendimiento

a) Baudeloque – Schultze

En esta forma de liberación, la placenta comienza su separación en la región central de su área de fijación. En este punto se origina el hematoma retroplacentario (coágulo de sangre detrás de la placenta), y el órgano emerge por su superficie fetal. La totalidad del volumen hemático extravasado se manifiesta únicamente al finalizar el alumbramiento placentario.

b) Baudeloque – Duncan

El inicio del proceso de separación se localiza en el margen de la placenta, propagándose de manera centrípeta. En esta dinámica, el órgano placentario se desprende y expulsa a través de su superficie materna ⁽⁴⁶⁾.

2. Desprendimiento de las membranas

El proceso de liberación de las estructuras ovulares es análogo en su mecanismo de acción. Las secuencias de contracciones uterinas que acontecen ejercen su función sobre un tejido distinto, generando su plegamiento y desconexión. La fuerza terminal es aportada por el propio peso de la placenta, que finaliza el desprendimiento por un mecanismo de tirón. La secuencia alcanza su término tras la expulsión de la placenta, la cual pende de las membranas que aún no han sido totalmente liberadas ⁽⁴⁷⁾.

3. Descenso de la placenta

Una vez que la placenta se ha liberado, desciende desde el cuerpo uterino hasta el segmento inferior, alcanzando finalmente la vagina. Este movimiento es propiciado en parte por la actividad contráctil residual del útero, pero fundamentalmente por el peso intrínseco del órgano placentario, el cual arrastra consigo las estructuras ovulares anexas (membranas).

4. Expulsión de la placenta

La expulsión definitiva de la placenta ocurre de forma eutócica cuando se presentan pujos adicionales que, sumados al peso de la placenta y al hematoma retroplacentario, completan la salida hacia el exterior. A pesar de que la placenta ya se encuentra desprendida y ubicada en la vagina, permanece alojada allí, requiriendo la extracción asistida manualmente para su completa remoción ⁽⁴⁸⁾.

2.2.2. MANEJO ACTIVO DEL ALUMBRAMIENTO

La gestión proactiva del alumbramiento se conceptualiza como la decisión clínica que incorpora una serie de acciones destinadas a acelerar la expulsión placentaria mediante el incremento de la dinámica contráctil uterina. Esto persigue la prevención de la hemorragia puerperal inmediata. Dichas acciones comprenden:

- La administración de agentes uterotónicos dentro del primer minuto postparto.
- La aplicación de tracción controlada sobre el cordón umbilical.
- La ejecución de masaje en el útero ⁽¹⁷⁾.

De modo análogo, el masaje del fondo uterino, realizado a través de la pared abdominal posterior a la liberación de la placenta, contribuye a la retracción del útero, minimizando así el sangrado. La conducción activa del tercer estadio del parto se implementa globalmente, e involucra el siguiente proceso:

Administración de drogas uterotónicas

El agente uterotónico de elección es la oxitocina debido a su alta eficacia en la reducción de la incidencia de hemorragia postparto y el alargamiento del tercer estadio. Su preferencia clínica radica en el

inicio de acción veloz (2 a 3 minutos post-inyección), sus efectos adversos mínimos y su aplicabilidad universal ⁽⁴⁹⁾.

- Oxitocina

La oxitocina, una hormona peptídica, es sintetizada en el núcleo paraventricular del hipotálamo, transportada vía axonal y almacenada en la neurohipófisis. Los estímulos clave para su liberación al torrente sanguíneo incluyen la succión, la estimulación genital y la distensión cérvico-uterina, siendo este último el reflejo de Ferguson. Circula como péptido libre y se metaboliza en el hígado y riñones. La oxitocinasa (aminopeptidasa de cistina), elaborada por el sincitio trofoblasto placentario, degrada la hormona al romper el enlace homocistina (posición 1) – tirosina (posición 2), destruyendo su estructura cíclica. Esto explica la vida media breve de la oxitocina (3 a 5 minutos).

La sensibilidad miometrial a la oxitocina aumenta progresivamente con la progresión gestacional. El útero es insensible al comienzo, pero su respuesta se potencia hacia el término, fenómeno asociado al incremento notable de receptores intracitoplásmicos y la multiplicación de las uniones ocludens (puentes de unión) entre las células ⁽⁵⁰⁾.

Protocolos de uso y farmacocinética

Los efectos terapéuticos por vía endovenosa se manifiestan rápidamente (pocos minutos) y alcanzan estabilidad plasmática en 30-60 minutos. El efecto se disipa en aproximadamente 10 minutos tras la suspensión ^{(50) (51)}.

- Su mecanismo de acción involucra receptores de membrana, induciendo un incremento súbito de calcio intracelular y la activación del sistema de segundo mensajero, lo que activa la musculatura lisa mediante la hidrólisis de fosfoinositoides.
- La reactividad a la oxitocina es superior a término que, en los trimestres iniciales, vinculado directamente a la disponibilidad y concentración de receptores.
- Su eficacia es limitada en un cérvix inmaduro. Por lo tanto, la madurez cervical y la edad gestacional son determinantes cruciales

en la respuesta farmacológica. Se recomienda su disolución en solución salina isotónica y su administración vía bomba de infusión.

- Los protocolos de utilización incluyen la forma aritmética (aumento lineal: 1UI, 2UI, etc.) y la geométrica (aumento exponencial: duplicación de dosis cada 40-60 minutos).
- Actualmente, se aconseja duplicar la dosis hasta 8UI y proseguir con 1-2UI/min para prevenir la saturación y la falta de respuesta (regulación descendente). En nuestro centro, aplicamos el método geométrico hasta 8UI, siguiendo con el aritmético.
- La solución de oxitocina en venoclisis pierde su potencia tras 8 horas de preparada, y las dosis sostenidas superiores a 10UI conducen a la falta de respuesta.
- Es esencial el monitoreo estricto de la dinámica uterina y la Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF), preferiblemente con monitorización. La dosis máxima fetal tolerada es 10UI. A 44UI, la oxitocina ejerce un efecto antidiurético marcado, por lo que las dosis altas exigen el uso de soluciones más concentradas para evitar las siguientes complicaciones ⁽⁵⁰⁾ ⁽⁵¹⁾:
 - ✓ Hiperdinamia uterina
 - ✓ Rotura uterina
 - ✓ Compromiso fetal (sufrimiento)
 - ✓ Óbito fetal (muerte)

Tracción controlada del cordón umbilical

La maniobra requiere pinzar el cordón en proximidad al periné para su sujeción manual. Con la mano opuesta, se debe ejercer una fuerza de contrapresión suprapúbica para estabilizar el útero, lo que minimiza el riesgo de inversión uterina. Se recomienda esperar una contracción miométrial vigorosa (2-3 minutos), manteniendo una tensión sutil en el cordón. Al detectarse la contracción o el alargamiento del cordón, la extracción placentaria se ejecuta mediante tracción suave del mismo, sin cesar la contrapresión.

Si, tras un intervalo de 15 a 30 minutos de TDCU, la placenta no presenta signos de desprendimiento (no desciende), la tracción debe ser interrumpida. En este caso, se sujeta el cordón delicadamente

mientras se aguarda la reactivación de la dinámica uterina. Una vez liberada la placenta, la remoción completa de las membranas ovulares se facilita girando el órgano placentario con cautela. El procedimiento concluye con la inspección rigurosa de la placenta y las membranas para confirmar la integridad y la expulsión exhaustiva ⁽⁵²⁾.

Fricción manual uterina

Inmediatamente después de la liberación de la placenta, se procede a la fricción manual del fondo uterino a través de la pared abdominal materna hasta inducir la contracción del órgano. Esta maniobra se repite cada 15 minutos durante las primeras dos horas puerperales. Es imperativo supervisar que se establezca una adecuada retracción miometrial y que las características de los loquios se mantengan dentro de la normalidad ⁽⁵³⁾.

2.2.3. ALUMBRAMIENTO PATOLÓGICO

El alumbramiento complicado se define como la alteración durante la expulsión de la placenta y sus anexos, resultando en distocias o accidentes que pueden amenazar la vida materna. Estas situaciones de emergencia exigen la identificación inmediata de la alteración y su gestión terapéutica pronta. Entre ellas sobresalen la retención placentaria y de membranas, las hemorragias del alumbramiento y la inversión aguda del miometrio ^{(54) (55)}.

Retención placentaria y de estructuras ovulares

Este fenómeno puede manifestar características clínicas y fisiopatológicas diversas, las cuales se categorizan de la siguiente manera:

- Retención integral (total): Es motivada por distocias dinámicas (como la inercia o los anillos de contracción) y distocias anatómicas (tales como la adherencia placentaria anómala).
- Retención segmentaria (parcial): Implica la persistencia de fragmentos de la placenta y la retención de las membranas ovulares ⁽⁵⁶⁾.

Retención de restos placentarios

La RRP se define como la falla en la expulsión de las membranas ovulares y/o cotiledones en los 15 minutos subsiguientes al parto,

persistiendo la placenta adherida. Esta complicación puede ser propiciada por antecedentes de cesárea o legrado uterino.

Frecuentemente, la retención involucra uno o varios cotiledones, en lugar de la placenta completa. Generalmente, deriva de maniobras de alumbramiento intempestivas, como la expresión uterina apresurada o la tracción excesiva del cordón. También resulta de alumbramientos manuales incompletos o de la existencia de cotiledones accesorios (placenta succenturiada) o adherencias placentarias anómalas ⁽⁵⁷⁾ ⁽⁵⁸⁾.

Según Foreste et al, ⁽⁵⁹⁾ la retención de productos de la concepción (RPOC) puede ocurrir tras la interrupción gestacional temprana o media, o posterior a partos vaginales o cesáreas. Comúnmente se asocia con sangrado vaginal continuo, dolor pélvico e infección. Las secuelas tardías abarcan la formación de sinequias intrauterinas y la esterilidad.

Diagnóstico: Se establece mediante el examen exhaustivo de la placenta post-alumbramiento, evidenciando la ausencia de uno o más cotiledones. La hemorragia externa es inconstante y no tiene correlación directa en intensidad con el tamaño del fragmento retenido. El tacto vaginal (o uterino), realizado solo si es necesario, confirma la presencia de restos ⁽⁶⁰⁾.

Cuadro clínico: Se caracteriza por la presentación conjunta de signos y síntomas que reflejan una descompensación hemodinámica y local. Inicialmente, se evidencia una pérdida hemática vaginal de magnitud moderada a severa. Esta hemorragia conlleva a signos vitales alterados, incluyendo hipotensión y taquicardia. El estado circulatorio deficiente se manifiesta a nivel sistémico con palidez, taquipnea y oliguria (disminución del volumen urinario). A nivel local, el útero puede presentarse flácido (atónico) o con lesiones del canal del parto, en ocasiones acompañado de un abdomen agudo. Además, la gravedad del cuadro puede inducir una alteración del estado de conciencia de la paciente ⁽⁶¹⁾.

Abordaje terapéutico: Contempla dos estrategias. La terapéutica abstencionista puede aplicarse en ausencia de hemorragia, favoreciendo la expulsión espontánea mediante el mantenimiento de la

contractilidad uterina. Por el contrario, la hemorragia activa demanda la terapéutica de rigor, que consiste en el legrado uterino. Si la intervención instrumental es necesaria, se prefiere el uso de curetas de Pinard de bordes romos ⁽⁶²⁾.

Retención de membranas

La persistencia de fragmentos de membranas ovulares, e incluso su retención íntegra (amnios y corion), es habitual aun en alumbramientos espontáneos. El principal factor etiológico son las maniobras periparto apresuradas o intempestivas. Factores determinantes incluyen la friabilidad del tejido y el grado de fijación placentaria, sumado a la expulsión brusca del disco o la presencia de placentas accesorias (circunvalada o marginada) ⁽¹³⁾.

Diagnóstico y evaluación clínica: El diagnóstico se basa principalmente en el examen meticuloso de los anexos una vez finalizado el alumbramiento. Frecuentemente, estos restos se eliminan en los días subsiguientes del puerperio, desintegrados junto a los loquios. No obstante, su persistencia facilita el ascenso bacteriano, predisponiendo a la infección y manifestándose con entuertos acentuados o fetidez loquial ⁽¹³⁾.

Tratamiento: La conducta inicial es expectante si la hemorragia es mínima, administrando dosis elevadas de oxitócicos para favorecer su expulsión, y aplicando hielo local. En caso de retención completa, el procedimiento de elección puede ser el raspado uterino con curetas romas de Pinard ⁽¹³⁾.

Legrado instrumental: El legrado se ejecuta tras confirmar la retención total o parcial de la placenta o de las membranas dentro de la cavidad uterina. El procedimiento requiere la preparación y anestesia (general o local) de la paciente, colocándola en posición ginecológica. Se introduce el espéculo o valvas y se fija el labio cervical anterior. Si la dilatación cervical es insuficiente, se procede a la dilatación artificial. Es recomendable el uso del histerómetro para precisar la longitud y dirección del canal antes de introducir la cureta. La cureta se guía hasta el fondo uterino y se retira metódicamente hacia el cérvix,

recorriendo secuencialmente las caras anterior, posterior, bordes y ángulos del útero ⁽¹³⁾.

La destrucción excesiva de la mucosa basal del endometrio puede generar secuelas graves, como la formación de sinequias (síndrome de Asherman) y la esterilidad secundaria, debido a la falla en la regeneración de la capa basal por un legrado excesivamente agresivo. Posteriormente, estas lesiones incrementan la predisposición a placentas previas y accidentes en alumbramientos futuros debido a adherencias placentarias anómalas ^{(13) (63)}.

2.2.4. COMPLICACIONES

1. COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

a) Hemorragia obstétrica posparto

La HPP se tipifica como una excesiva pérdida de volumen hemático en el periodo puerperal. Se cuantifica como superior a 500mL tras un parto vaginal y 1000mL si el alumbramiento fue por cesárea. Este evento clínico está asociado a una caída del hematocrito superior al 10% en las primeras 24 horas postparto. Fisiológicamente, sucede por una anomalía en la retracción y contractilidad miometrial posterior a la liberación placentaria, lo que desencadena una falla hemostática.

Su manifestación puede ser precoz (24 horas iniciales) o tardía (hasta 6 semanas después del alumbramiento). El riesgo reside en que el sangrado puede ser subclínico o lento durante horas, dificultando su detección hasta la instalación repentina de un shock hipovolémico que puede resultar letal para la paciente.

Factores de riesgo

El riesgo de HPP es multicausal, abarcando condiciones obstétricas, patologías previas y características maternas. Los indicadores uterinos críticos son la retención o adherencia anómala de la placenta, atonía o distensión excesiva del miometrio, la presencia de leiomiomas, y la inversión uterina. Respecto a la dinámica del parto, los riesgos se asocian a la falla en el avance del segundo estadio, labor inducida o precipitada, corioamnionitis, el parto instrumental, y la presencia de laceraciones del canal. Además, la vulnerabilidad aumenta con antecedentes de HPP, patología hipertensiva, anemia,

macrosomía fetal, y rasgos maternos como obesidad, multiparidad, y ascendencia asiática o hispana.

Manifestación clínica

La sintomatología de la Hemorragia Postparto (HPP) guarda una correlación directa con la cuantía de la pérdida hemática. La hipotensión no suele evidenciarse hasta que el sangrado es considerable. De hecho, una paciente puede extravasar hasta un 25 por ciento del volumen sanguíneo (≥ 1500 mL) antes de que la tensión arterial descienda y la frecuencia cardíaca se acelere. Los indicadores de hemoglobina y hematocrito son poco fiables para estimar la pérdida aguda de sangre. Sin embargo, un nivel reducido de fibrinógeno (< 200 mg/dL) predice la HPP severa y señala la necesidad inminente de transfusión masiva de hemoderivados.

Causas

Atonía uterina: Es la etiología principal de HPP, responsable del 75% de los casos. Consiste en la falla de contracción miometrial posterior al parto, diagnosticada por la flacidez uterina que persiste tras el manejo del tercer estadio. La atonía difusa conlleva a pérdida hemática masiva debido a la incapacidad del útero de colapsar los vasos. Esta condición generalmente responde a los uterotónicos. Los factores predisponentes de atonía abarcan la sobre-distensión uterina, la gran multiparidad, el trabajo de parto prolongado o inducido, la manipulación excesiva (intrauterina o instrumental), la anestesia general, la infección, la hemorragia previa en el alumbramiento, los leiomiomas, y la disfunción miometrial intrínseca.

Trauma: El sangrado traumático deriva de laceraciones (uterinas, cervicales, vaginales o vulvares) o incisiones quirúrgicas. Las laceraciones uterinas pueden ser completas (transmiometriales) o incompletas, siendo a menudo consecuencia de un parto instrumental, un alumbramiento precipitado, o un feto macrosómico. La retención de tejido placentario se define como la ausencia de expulsión placentaria después de 30 minutos (extensible a 120 minutos en partos pretérmino), siendo la edad gestacional menor a 26 semanas el riesgo principal.

Defectos de la coagulación: Las coagulopatías pueden ser hereditarias (siendo la enfermedad de Von Willebrand la más común) o adquiridas. Las adquiridas resultan de trastornos obstétricos severos, como la preeclampsia/eclampsia, el desprendimiento de placenta, la sepsis, la embolia de líquido amniótico, y la liberación excesiva de tromboplastina por óbito fetal ⁽⁶⁴⁾. Aunque la HPP es frecuente y puede ocurrir sin factores de riesgo, el manejo activo del tercer estadio (específicamente la oxitocina) es fundamental para reducir su incidencia ⁽⁶⁵⁾.

b) Atonía uterina

Se define como la incapacidad miometrial para retraerse post-alumbramiento, lo que compromete la hemostasia fisiológica en el lecho placentario. Esta falla contráctil es la causa principal del sangrado excesivo que supera los 500 mL en el parto vaginal y los 1000mL tras la cesárea en las primeras 24 horas posparto. Dicha deficiencia conlleva al fracaso del mecanismo fisiológico que impide la hemorragia puerperal ⁽⁶⁶⁾.

Esta información es respaldada por, Suarez et al, ⁽⁶⁷⁾ donde evidencia una asociación entre la atonía uterina y la retención placentaria en el contexto de la hemorragia posparto. Del mismo modo, Mercier y Van de Velde, ⁽⁶⁸⁾ destaca la estrecha relación entre la hemorragia obstétrica y dos de sus principales etiologías: la retención placentaria y la atonía uterina, ambas identificadas como causas comunes de hemorragia en el período posparto. La asociación entre estas condiciones se refleja en las estrategias de manejo, donde ambas pueden contribuir a hemorragias severas si no se abordan adecuadamente.

Su aportación es: La retención placentaria, al impedir la adecuada contracción del útero, puede desencadenar atonía uterina, lo que agrava la hemorragia posparto. El tratamiento inicial recomendado incluye la extracción manual de la placenta y la administración de oxitocina para estimular la contracción uterina. Sin embargo, si la atonía uterina persiste tras el uso de oxitocina, se sugiere el empleo de

prostaglandinas en un plazo de 15 a 30 minutos, o el uso de taponamiento uterino con balón como medida adicional.

Datos relevantes: La retención placentaria y la atonía uterina son responsables de una proporción significativa de hemorragias posparto, siendo esenciales en el diagnóstico y manejo temprano. El tratamiento debe ser escalonado y rápido: si la extracción manual y la oxitocina fallan, es crucial pasar a intervenciones adicionales como el uso de prostaglandinas, taponamiento uterino con balón o procedimientos invasivos. En hemorragias graves, se deben considerar medidas como embolización radiológica, ligadura de arterias o histerectomía en casos extremos ⁽⁶⁸⁾.

c) Distocia de hombros

Es una emergencia obstétrica que puede tener repercusiones importantes en la evolución del parto, incluyendo una posible relación con la retención placentaria o de productos placentarios. Este vínculo puede explicarse por la alteración en la dinámica del parto y las maniobras obstétricas utilizadas para resolver la distocia, que pueden influir en la expulsión completa y adecuada de la placenta.

Entre los factores de riesgo asociados a la distocia de hombros, como la macrosomía fetal, el parto prolongado y el uso de maniobras obstétricas invasivas, se identifican elementos que podrían predisponer a la retención placentaria. Por ejemplo, las dificultades mecánicas que acompañan a la distocia de hombros pueden alterar la contracción uterina eficaz, lo que a su vez dificulta la separación y expulsión de la placenta. Además, las intervenciones para liberar los hombros del feto, como la maniobra de McRoberts o la presión suprapúbica, podrían contribuir indirectamente a traumatismos uterinos o alteraciones en la implantación placentaria, aumentando el riesgo de retención.

En términos clínicos, la retención placentaria posterior a una distocia de hombros puede complicar aún más el posparto inmediato, incrementando el riesgo de hemorragia obstétrica ⁽²³⁾.

d) Rotura uterina

Es una causa identificada de Hemorragia Postparto que puede estar asociada indirectamente con la persistencia de la placenta o

fragmentos ovulares. Esta relación puede deberse a la alteración estructural del útero durante la ruptura, lo que dificulta la liberación o alumbramiento óptimo del órgano placentario. La rotura puede comprometer la funcionalidad del miometrio, afectando los mecanismos fisiológicos normales de contracción uterina que facilitan la expulsión placentaria ⁽⁶⁹⁾.

Por otro lado, la rotura uterina, condiciona para la secuela ovular y las anomalías angiológicas. Esta conexión indica que ambas condiciones pueden coexistir en situaciones de Hemorragia postparto, particularmente debido a la alteración de la anatomía y funcionalidad uterina asociada con la rotura. Durante la rotura uterina, el daño estructural puede interferir con la separación normal de la placenta, lo que incrementa la probabilidad de secuela placentaria o restos placentarios ⁽⁷⁰⁾.

e) Placenta previa (PP)

La placenta previa (PP) es una complicación obstétrica caracterizada por la implantación placentaria anómala en el segmento uterino inferior, adyacente o cubriendo el orificio cervical interno (OCI). Clínicamente, se manifiesta típicamente como hemorragia vaginal indolora en el tercer trimestre ⁽⁷¹⁾. El método diagnóstico de referencia es la ecografía transvaginal.

Clasificación tradicional:

- Completa: La placenta cubre totalmente el orificio cervical.
- Parcial: La placenta solamente ocluye una parte del OCI.
- Marginal: El borde placentario alcanza el OCI, sin ocluirlo.
- De inserción baja: El borde placentario se ubica a menos de 2 cm del OCI.

Manifestaciones clínicas

Se presenta típicamente como una hemorragia vaginal activa e indolora, sin dinámica uterina, usualmente hacia el final del segundo trimestre o durante el tercero. Se debe sospechar esta condición en toda gestante con sangrado transvaginal después de las 20 semanas, especialmente si es indoloro o postcoital, o si existe una presentación fetal anómala (p. ej., transversa u oblicua). La ausencia clásica de dolor

y de contracciones uterinas era el criterio fundamental para diferenciarla del desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (72).

De modo análogo, la PP guarda una alta correlación con el acretismo placentario. Esta última entidad se caracteriza por la fijación inusualmente invasiva del órgano placentario en la capa miometrial, excediendo la adhesión normal a la pared uterina. Esta adherencia anormal dificulta la separación de la placenta después del parto, aumentando el riesgo de retención placentaria y hemorragia posparto. El principal determinante de riesgo para el acretismo placentario recae en la concurrencia de una placenta previa anidada sobre el sitio de una histerorrafia previa (cicatriz de cesárea). Esto se explica porque el segmento uterino bajo exhibe una decidualización deficiente. Esta vulnerabilidad a la invasión aumenta proporcionalmente con la cifra de partos abdominales anteriores. Por lo tanto, la presencia de placenta previa incrementa el riesgo de retención placentaria debido a la posible asociación con acretismo placentario y a la implantación en una zona del útero que puede dificultar la separación y expulsión normal de la placenta (73).

2. COMPLICACIONES CLÍNICAS

a) Anemia

La anemia y la retención placentaria pueden estar relacionadas debido a la persistencia de fragmentos placentarios en el útero después del parto, lo que puede generar pérdidas sanguíneas crónicas y llevar a anemia ferropénica. Según Ferraz de Campos et al, (74) la retención placentaria, como los pólipos placentarios, constituye una causa subyacente que puede no manifestarse inicialmente con sangrado agudo y abundante, lo que dificulta el diagnóstico temprano.

Sin embargo, en su estudio, una paciente presentó anemia ferropénica dos años después del parto, asociada con síntomas clínicos como alteraciones menstruales y un útero agrandado, los cuales resultaron de un pólipo placentario retenido. Esta condición de retención crónica puede haber ocasionado una pérdida sanguínea intermitente pero prolongada, contribuyendo al desarrollo de anemia.

La dificultad en el diagnóstico radica en la ausencia de hemorragia significativa durante el posparto inmediato, un hallazgo común en casos de acretismo placentario y retención de tejidos placentarios, lo que puede llevar a complicaciones a largo plazo como anemia ⁽⁷⁴⁾.

b) Preeclampsia

La relación entre preeclampsia y retención de productos de la concepción es un tema relevante en la atención obstétrica debido a sus implicaciones clínicas. La preeclampsia, caracterizada por alteraciones en la perfusión uteroplacentaria, puede dificultar el desprendimiento completo de la placenta, lo que aumenta el riesgo de retención de fragmentos placentarios en el posparto.

Un estudio retrospectivo identificó que la preeclampsia se erige como un determinante significativo de riesgo para la retención placentaria, con un OR de 1,66 (IC 95%: 1,25-2,21). Esto resalta que las pacientes con preeclampsia tienen una mayor probabilidad de experimentar retención placentaria en comparación con aquellas sin esta condición, lo que subraya la importancia de un monitoreo estrecho durante el posparto ⁽⁷⁵⁾.

c) Infecciones intramnióticas

Se define como una sepsis e inflamación gestacional que afecta las membranas, el líquido amniótico y/o el feto. Esta patología infecciosa incrementa la morbilidad materna y neonatal. Se sospecha por signos como hipertermia, sensibilidad uterina, efluvio amniótico fétido o taquicardia (materna/fetal). El diagnóstico se establece clínicamente o por análisis del líquido amniótico. El tratamiento es urgente, requiriendo antimicrobianos de amplio espectro, antipiréticos y la finalización del embarazo ^{(76) (77)}.

d) Diabetes gestacional

Se conceptualiza como toda disfunción en la tolerancia a los carbohidratos que es identificada o detectada por primera vez durante el período de gestación ⁽⁷⁸⁾. Sin embargo, un estudio realizado por García, ⁽⁷⁹⁾ destaca una relación entre la diabetes gestacional y la retención de restos placentarios. En un estudio realizado en el Hospital II-2 Santa Rosa en Piura, Perú, se identificó como un determinante que

eleva la vulnerabilidad a la persistencia de restos intrauterinos es la diabetes, con una odds ratio (OR) de 3.97 (IC 95%: 1.10-14.40) ⁽⁷⁹⁾.

No obstante, es importante señalar que dicha retención puede manifestarse por sangrado vaginal espaciado y presencia de secreciones puerperales malolientes en la fase tardía del puerperio ⁽⁶⁾.

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

Complicación intraparto: Alteraciones o eventos adversos que ocurren durante la dinámica y el alumbramiento, con repercusiones en la salud materna, el feto, o ambos. Estas pueden incluir problemas como distocia (trabajo de parto obstruido), sufrimiento fetal, hemorragia, o alteraciones en las contracciones uterinas ⁽⁸⁰⁾.

Retención de restos placentarios: Remanencia de tejido placentario o membranas ovulares en el útero post-alumbramiento, lo que puede provocar hemorragias postparto, infecciones y complicaciones relacionadas. Esta condición requiere manejo médico o quirúrgico, como legrado uterino ^{(81) (82)}.

Complicación obstétrica: Evento mórbido asociado a la maternidad que suponga un riesgo inminente para la salud o la vida de la madre o del producto de la concepción. Ejemplos incluyen preeclampsia, hemorragia postparto, infecciones puerperales o complicaciones en el trabajo de parto ⁽⁸³⁾.

Atonía uterina: Deficiencia en la retracción uterina efectiva en el puerperio inmediato, lo que impide la hemostasia en los sitios de inserción placentaria y conduce a hemorragia postparto. Es una de las principales causas de hemorragia obstétrica ⁽⁸⁴⁾.

Rotura uterina: Desgarro total o segmentario de la capa uterina, con potencial de ocurrencia durante el periodo gestacional o la expulsión. Es un evento adverso crítico con riesgo letal para la madre y el feto, asociada frecuentemente con trabajo de parto prolongado, cicatrices uterinas previas (por cesáreas, por ejemplo) o maniobras obstétricas ⁽⁸⁵⁾.

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

Hi: Las complicaciones intraparto están relacionadas con la retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

Ho: Las complicaciones intraparto no están relacionadas con la retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

2.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

Hi₁: Existe relación entre las complicaciones intraparto obstétricas, como la hemorragia obstétrica, atonía uterina, distocia de hombros, ruptura uterina y placenta previa, con la retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

Ho₁: No existe relación entre las complicaciones intraparto obstétricas, como la hemorragia obstétrica, atonía uterina, distocia de hombros, ruptura uterina y placenta previa, con la retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

Hi₂: Existe relación entre las complicaciones intraparto clínicas, como la anemia, la preeclampsia, la infección intraamniótica y la diabetes gestacional, con la retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

Ho₂: No existe relación entre las complicaciones intraparto clínicas, como la anemia, la preeclampsia, la infección intraamniótica y la diabetes gestacional, con la retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

2.5. VARIABLES

2.5.1. VARIABLE DE RELACIÓN

Dentro de la variable de relación tenemos: **Complicaciones intraparto** (obstétricas y clínicas)

2.5.2. VARIABLE DE SUPERVISIÓN

Retención de restos placentarios

2.5.3. VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN

Características demográficas como: Edad, grado de instrucción, religión, estado civil y ocupación

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍTEMS	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Variable de relación Complicaciones intraparto	Son problemas que ocurren durante el trabajo de parto y el nacimiento, como dificultad para que el bebé salga, problemas con las contracciones, sangrado intenso, o que el bebé no reciba suficiente oxígeno, etc.	Registro en las historias clínicas de cualquier problema documentado que haya ocurrido durante el trabajo de parto	Obstétrica	Hemorragia obstétrica	a) Si b) No	Nominal	Ficha de recolección de datos
				Atonía uterina	a) Si b) No	Nominal	
				Distocia de hombros	a) Si b) No	Nominal	
				Rotura uterina	a) Si b) No	Nominal	
				Placenta previa	a) Si b) No	Nominal	
			Clínica	Anemia	a) Si b) No	Nominal	Ficha de recolección de datos
				Preeclampsia	a) Si b) No	Nominal	
				Infección intraamniótica	a) Si b) No	Nominal	
				Diabetes gestacional	a) Si b) No	Nominal	
Variable de supervisión Retención de restos placentarios	Remanencia de fragmentos de la placenta o de los anexos fetales dentro del útero post-alumbramiento	Presencia documentada en las historias clínicas de un diagnóstico médico o procedimiento relacionado con la retención de partes de la placenta	De diagnóstico	Diagnóstico de retención de restos placentarios	a) Si b) No	Nominal	Ficha de recolección de datos
De caracterización Características generales	Son datos básicos sobre las personas, que ayudan a	Información básica registrada en las historias clínicas que describa a las	De carácter general	Edad	a) Menor de 18 años b) Entre 18 y 25 años	Discreta	Ficha de recolección de datos

entender su contexto general	pacientes		
		c) Entre 26 y 30 años	
		d) Mayor de 30 años	
		Grado de instrucción	Ordinal
		a) Analfabeta	
		b) Primaria completa	
		c) Secundaria completa	
		d) Instituto	
		e) Universidad	
	Religión	a) Evangélica	Nominal
		b) Católica	
		c) Otros	
	Estado civil	a) Soltera	Nominal
		b) Conviviente	
		c) Casada	
		d) Divorciada	
	Ocupación	a) Ama de casa	Nominal
		b) Estudiante	
		c) Bajo contrato	
		d) Independiente	

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según Sampieri, ⁽⁸⁶⁾ esta investigación fue de enfoque cuantitativo, de tipo observacional, retrospectivo, descriptivo y correlacional:

Es **observacional** porque los datos se obtuvieron de registros clínicos sin manipulación de variables; transversal, ya que la información se recolectó en un solo momento temporal; y **retrospectivo**, dado que se analizaron eventos ocurridos en el pasado (historias clínicas del año 2024).

3.1.1. ENFOQUE

De enfoque **cuantitativo**, ya que analizó los datos obtenidos de las historias clínicas de manera objetiva y numérica, utilizando herramientas estadísticas para establecer relaciones entre las complicaciones intraparto y la retención de restos placentarios.

3.1.2. ALCANCE O NIVEL

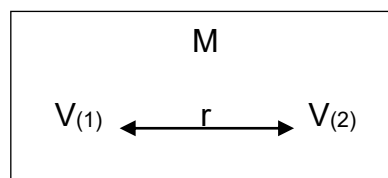
El alcance es descriptivo-relacional:

Descriptivo porque caracteriza a la población de estudio (puérperas inmediatas) en cuanto a sus variables clínicas.

Relacional porque buscó establecer la existencia de dependencia entre las patologías del alumbramiento y la retención de tejido placentario.

3.1.3. DISEÑO

El diseño es de tipo **correlacional – no experimental**. Por ende, es el siguiente:



Donde:

M (puérperas inmediatas)

$V_{(1)}$ (primera variable – complicaciones intraparto)

$V_{(2)}$ (segunda variable – retención de restos placentarios)

r (coeficiente de relación)

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

Lo conformó 62 historias clínicas de puérperas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

3.2.1.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Puérperas inmediatas
- Historias clínicas completas
- Historias clínicas sin borrones
- Pacientes atendidas en el centro de salud Las Moras, año 2024
- Puérperas sin enfermedades crónicas o preexistentes antes del embarazo o durante el parto que pudieran alterar los resultados

3.2.1.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Historias clínicas incompletas
- Pacientes referidas de otro establecimiento de salud
- Población con alguna condición especial
- Población gestante

3.2.2. MUESTRA

Unidad de análisis: Mujeres puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024, cuya información sobre complicaciones intraparto y RPOC estuvo documentada en las historias clínicas.

Unidad de muestreo: Coincide con la unidad de análisis, es decir, las puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión establecidos para el estudio.

Marco muestral: Conformado por el listado de historias clínicas de las mujeres puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras durante el año 2024, que contienen registros relevantes sobre complicaciones intraparto y RPOC.

Por todo lo mencionado, la muestra fue de tipo censal, ya que se incluyeron la totalidad de las 62 historias clínicas que cumplieron con

los criterios de inclusión y exclusión, correspondientes al periodo de estudio.

3.3. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Basado en el análisis documental de las historias clínicas

3.3.2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Variable	Dimensiones	Número de ítems
De relación	Complicaciones intraparto	9
De supervisión	Retención de restos placentarios	1
De caracterización	Características demográficas	5
Fuente: Elaboración propia, basado en mi instrumento (ver anexo 2)		

Ficha de recolección de datos: En relación con la tabla anterior, podemos decir que las tres variables a estudiar están representadas por un total de 15 ítems. Cada uno de estos ítems ha sido diseñado cuidadosamente para cubrir los aspectos más importantes de las variables, asegurando que se obtenga información completa y relevante.

3.3.3. VALIDACIÓN DE EXPERTOS

La validación de expertos fue realizada por 3 profesionales en obstetricia y salud materno-infantil (ver anexo 4), quienes evaluaron el instrumento de recolección de datos para asegurarse de que las preguntas fueran claras, pertinentes y alineadas con los objetivos del estudio. Dicha evaluación fue:

Validez por juicio de expertos			
Nº	Apellido y nombres	Cargo o grado académico	Resultado de la evaluación
1	Marcelo Armas, Maricela Luz	Doctora en ciencias de la salud – Obstetra docente - asistencial del hospital regional Hermilio Valdizán Medrano	Aplicable
2	Palacios Zevallos, Irma	Doctora en ciencias de la salud – Obstetra docente - asistencial del hospital regional Hermilio Valdizán Medrano	Aplicable
3	Zelaya Huanca, Rocío Amparo	Obstetra docente de la Universidad de Huánuco – obstetra asistencial del hospital regional Hermilio Valdizán Medrano	Aplicable

Esta revisión garantizó que el cuestionario fuera adecuado para recoger información precisa sobre las complicaciones intraparto y la

retención de restos placentarios, mejorando la calidad y fiabilidad de los datos a recolectar.

3.4. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

3.4.1. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

Se coordinó con el área correspondiente de obstetricia para informar sobre el proyecto y compartir los objetivos y el plan de trabajo. La información necesaria fue recolectada para identificar la población de estudio y permitir la aplicación de los instrumentos de recolección de datos. Un estadístico se encargó del procesamiento inicial de los datos, que luego fueron tabulados. La validez del formulario de recolección fue certificada por juicio de expertos. El procesamiento de la información siguió etapas claras para asegurar precisión y fiabilidad.

3.4.2. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Inicialmente, la codificación manual de los datos primarios permitió la creación de un fichero numérico, que se gestionó posteriormente en una hoja de cálculo (Excel) para el desarrollo de análisis cuantitativos básicos. Posteriormente, se procesó estadísticamente usando el software IBM SPSS versión 29, asegurando un análisis detallado de las dimensiones estudiadas.

3.4.3. PLAN DE TABULACIÓN DE DATOS

Los resultados se organizaron en cuadros de frecuencia absoluta y relativa (%) para responder a los objetivos del estudio, facilitando tanto la descripción como el análisis inferencial. Según las variables, los registros fueron agrupados en escalas nominales, cuantitativas o jerárquicas. Estos hallazgos se tabularon en formatos académicos que coincidieron con las dimensiones operacionales. Esto permitió su interpretación en concordancia con el marco teórico.

3.5. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Análisis descriptivo: Se realizó una exploración detallada de las variables, para las variables categóricas y numéricas, se emplearon frecuencias absolutas y relativas (porcentajes), permitiendo obtener una visión global y específica del comportamiento de cada variable en la población de estudio. Los resultados fueron presentados mediante tablas y

gráficos estadísticos (barras) la cual facilitaron una interpretación clara, coherente y orientada al análisis posterior.

Análisis inferencial: Considerando que las variables analizadas son de escala nominal dicotómica (carácter cualitativo), se aplicaron pruebas estadísticas no paramétricas. Se empleó la prueba exacta de Fisher debido a que se obtuvieron frecuencias esperadas menores a 5. Además, la estimación de la magnitud asociativa se efectuó mediante el cálculo del Odds Ratio con sus correspondientes intervalos de confianza al 95%. La inferencia estadística utilizó el programa SPSS v. 29 (Windows), con un umbral de significancia fijado en $p \leq 0,05$.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

Se procedió bajo rigurosos protocolos éticos, asegurando la protección de la confidencialidad y la integridad de los pacientes, conforme a las regulaciones que rigen el análisis de datos sanitarios. En este sentido, se aplicaron los siguientes principios:

- **Confidencialidad y anonimato:** La información de las historias clínicas fueron utilizados únicamente con fines de investigación, omitiendo cualquier información que permitiera identificar a las pacientes. También, se codificó y presentó de manera agregada, garantizando el anonimato.
- **Protección de los derechos humanos:** Al tratarse de un estudio observacional retrospectivo con fuentes secundarias (historias clínicas), no se expuso a las pacientes a procedimientos adicionales ni a riesgos físicos o psicológicos.
- **Equidad y no discriminación:** La revisión de historias clínicas se realizó sin ningún tipo de sesgo o discriminación, únicamente con base en los parámetros de inclusión y exclusión establecidos en el diseño del estudio.
- **Beneficio social y científico:** El estudio busca generar evidencia científica que contribuya al conocimiento sobre complicaciones obstétricas y retención de restos placentarios, lo que permitirá mejorar la práctica clínica, así como la performance de la atención en el ámbito obstétrico.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

4.1.1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS MATERNAS

Tabla 1. Rango etario de las puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

CARACTERÍSTICA DEMOGRÁFICA	Puérperas inmediatas (n = 62)	
	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
Edad		
Menor de 18 años	1	1,6
Entre 18 y 25 años	8	12,9
Entre 26 y 30 años	18	29,0
Mayor de 30 años	35	56,5
Total	62	100,0

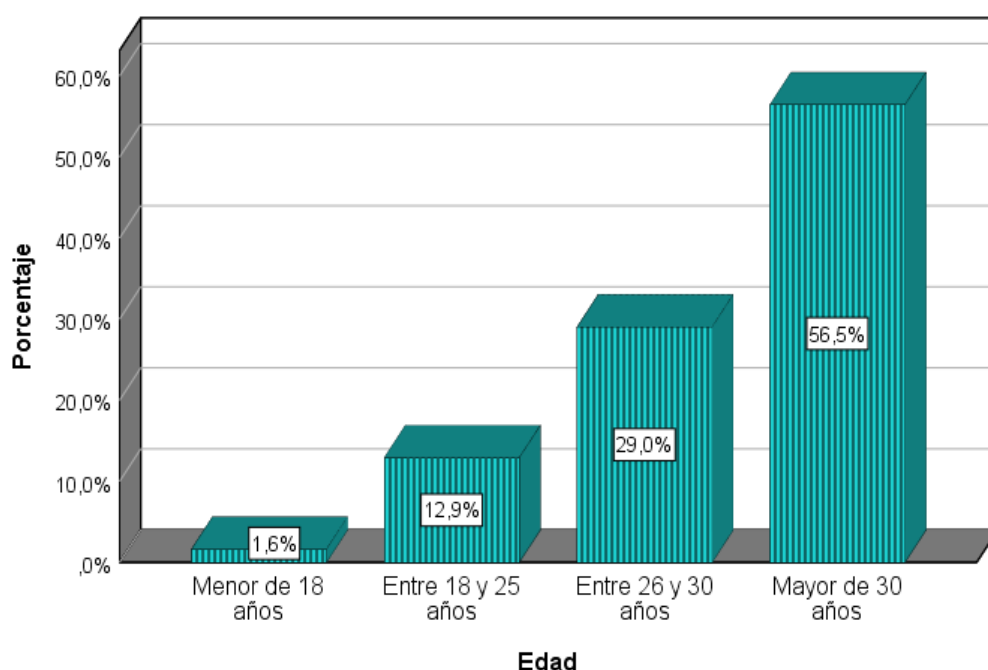


Figura 1. Rango etario de las puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

Interpretación de datos

En relación con la edad, se identificó que la mayor proporción de puérperas corresponde a mujeres mayores de 30 años con un 56,5%, seguida por el grupo de 26 a 30 años con 29,0%, mientras que las de 18 a 25 años alcanzaron el 12,9% y las menores de 18 apenas el 1,6%, lo que refleja un predominio de edades adultas en la población estudiada.

Tabla 2. Grado de instrucción de las puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

CARACTERÍSTICA DEMOGRÁFICA	Puérperas inmediatas (n = 62)	
	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
Grado de instrucción		
Analfabeta	7	11,3
Primaria completa	9	14,5
Secundaria completa	17	27,4
Instituto	22	35,5
Universidad	7	11,3
Total	62	100,0

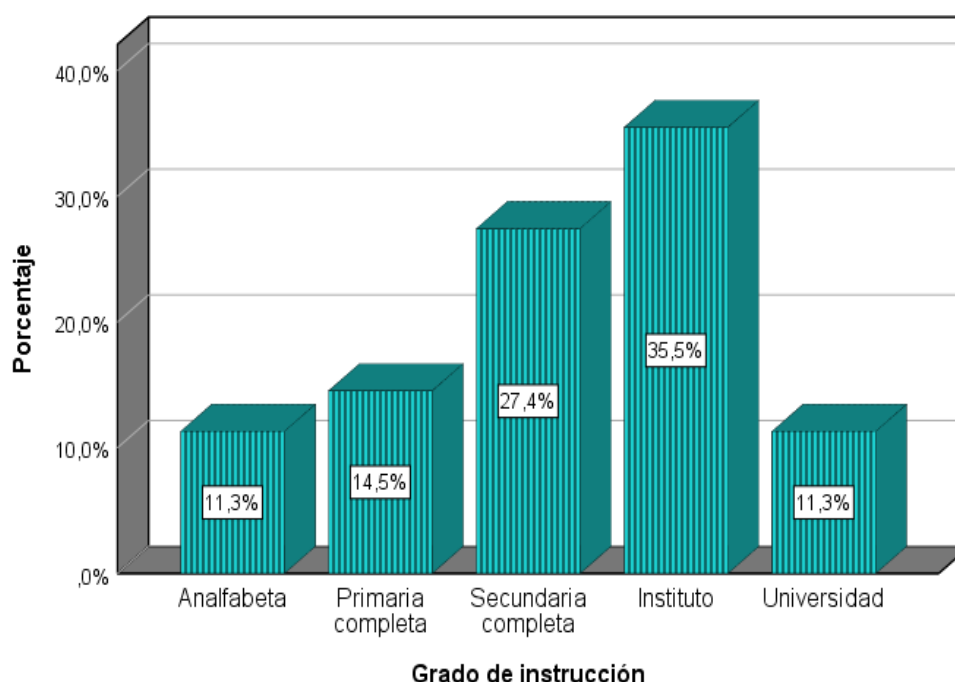


Figura 2. Grado de instrucción de las puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

Interpretación de datos

Con respecto al nivel de instrucción, se advierte que el grupo más representativo corresponde a las mujeres con formación técnica, ya que un 35,5% (n=22) declaró haber culminado estudios en instituto, seguido por aquellas con secundaria completa que alcanzaron el 27,4% (n=17). En un rango menor se ubican las puérperas con educación primaria completa con 14,5% (n=9), mientras que tanto las universitarias como las analfabetas constituyen el mismo porcentaje, cada una con 11,3% (n=7). En ese sentido, los hallazgos permitieron reconocer una predominancia de formación técnica y secundaria en la población estudiada, lo que sugiere un nivel educativo intermedio.

Tabla 3. Religión de las puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

CARACTERÍSTICA DEMOGRÁFICA	Puérperas inmediatas (n = 62)	
	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
Religión		
Evangélica	19	30,6
Católica	34	54,8
Otros	9	14,5
Total	62	100,0

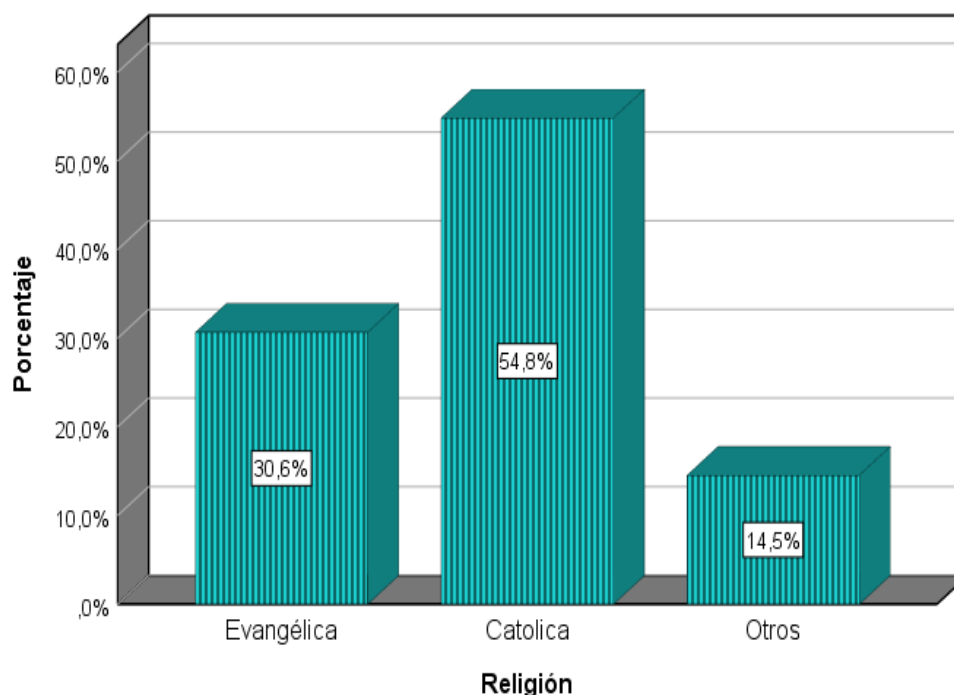


Figura 3. Religión de las puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

Interpretación de datos

En relación con la religión, se encontró que la mayoría de puérperas se identificaron como católicas, alcanzando el 54,8% equivalente a 34 mujeres, mientras que un 30,6% correspondió a la confesión evangélica con 19 casos, y a ello se suma un 14,5% que declaró profesar otras creencias, equivalente a 9 participantes, lo que evidencia una clara predominancia de la fe católica en nuestra población de estudio.

Tabla 4. Estado civil de las puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

CARACTERÍSTICA DEMOGRÁFICA	Puérperas inmediatas (n = 62)	
	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
Estado civil		
Soltera	9	14,5
Conviviente	39	62,9
Casada	10	16,1
Divorciada	4	6,5
Total	62	100,0

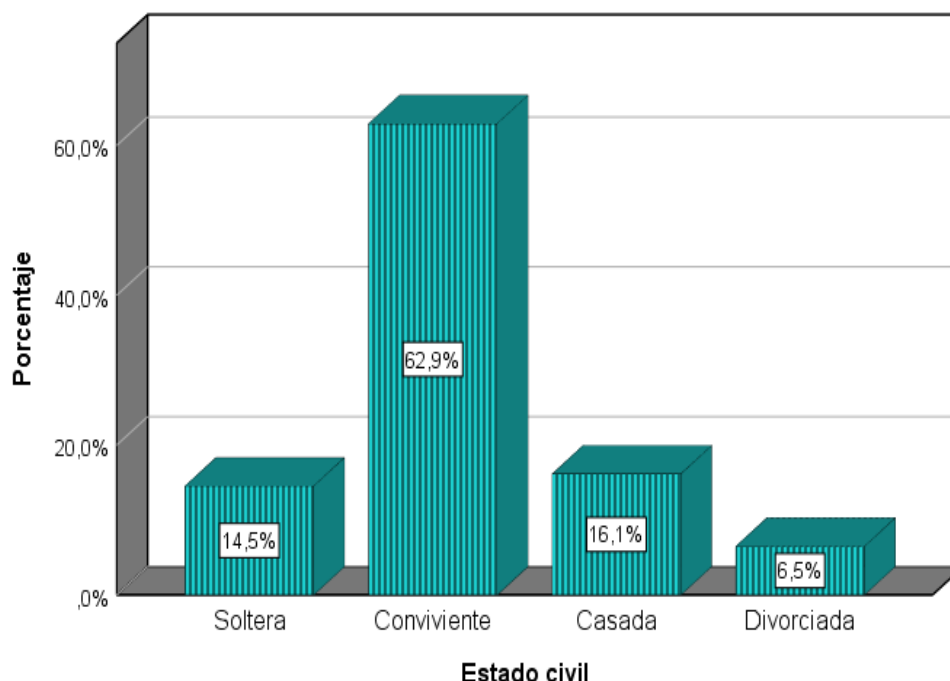


Figura 4. Estado civil de las puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

Interpretación de datos

Respecto al estado civil, se observa que la mayor parte de las puérperas fueron convivientes, con un 62,9% que corresponde a 39 mujeres, mientras que un 16,1% se encontraba casada, lo que equivale a 10 participantes, y un 14,5% declaró ser soltera, es decir 9 casos. A ello se suma un 6,5% representado por 4 mujeres divorciadas, lo que evidencia que la convivencia predomina como forma de relación en este grupo, por encima del matrimonio formal o la soltería.

Tabla 5. Ocupación de las puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

CARACTERÍSTICA DEMOGRÁFICA	Puérperas inmediatas (n = 62)	
	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
Ocupación		
Ama de casa	18	29,0
Estudiante	11	17,7
Bajo contrato	19	30,6
Independiente	14	22,6
Total	62	100,0

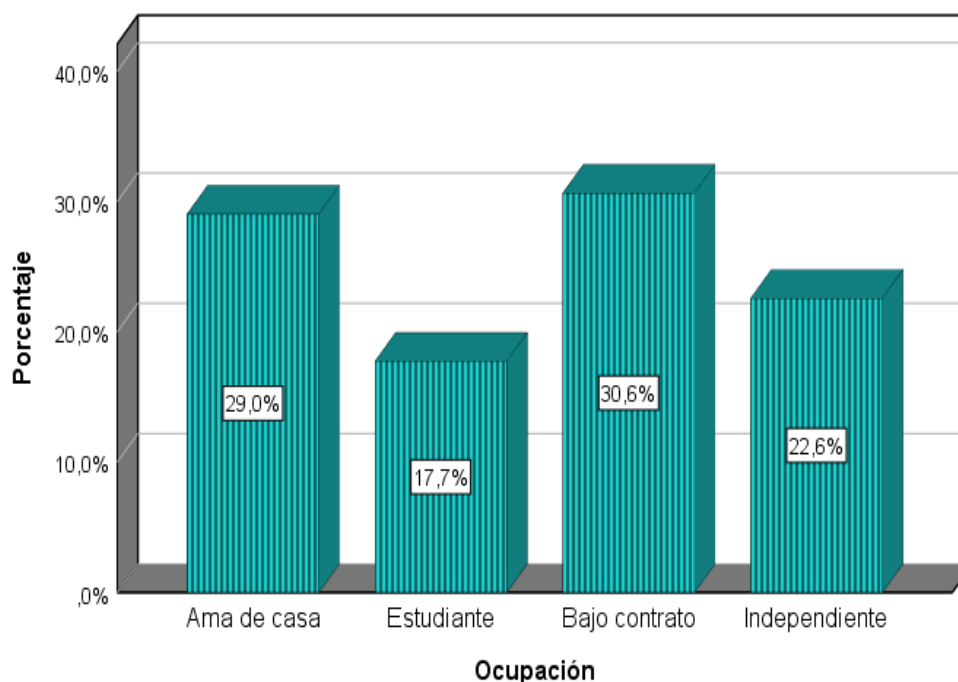


Figura 5. Ocupación de las puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

Interpretación de datos

En cuanto a la ocupación, se encontró que la mayor proporción de puérperas declaró trabajar bajo contrato, representando el 30,6% con 19 casos, seguida de las amas de casa que alcanzaron el 29,0% con 18 mujeres, mientras que la ocupación independiente estuvo presente en el 22,6%, equivalente a 14 participantes, y finalmente el grupo de estudiantes representó el 17,7% con 11 casos. Estos resultados ponen en evidencia que la mayor parte de las mujeres de la muestra se encontró vinculada a actividades laborales formales o al cuidado del hogar, la cual refleja una doble condición de dependencia económica y responsabilidades familiares.

4.1.2. RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS

Tabla 6. Incidencia de la retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

VARIABLE DE SUPERVISIÓN	Puérperas inmediatas (n = 62)	
	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
Diagnóstico de retención de restos placentarios		
Si	40	64,5
No	22	35,5
Total	62	100,0

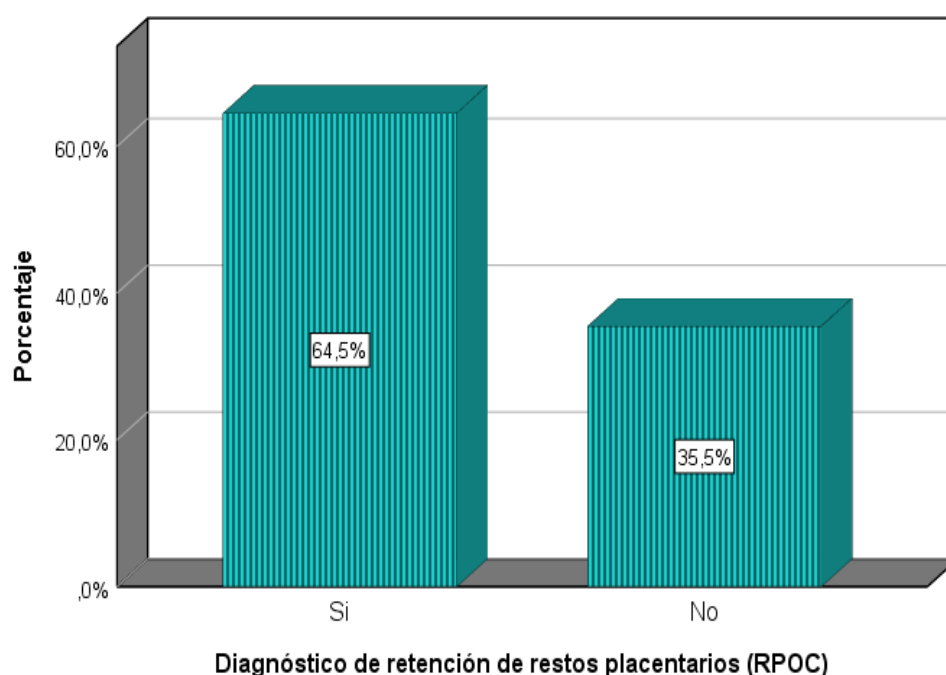


Figura 6. Incidencia de la retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

Interpretación de datos

En relación con el diagnóstico de retención de restos placentarios, se identificó que 40 mujeres, lo que representa el 64,5% de la muestra, presentaron esta complicación, mientras que 22 puérperas, equivalentes al 35,5%, no la registraron. De esta manera, los hallazgos evidencian una incidencia considerablemente alta de retención de restos placentarios en la población estudiada, situación que adquiere relevancia clínica por el impacto que conlleva en la morbilidad materna inmediata.

4.2. ANÁLISIS INFERENCIAL

4.2.1. COMPLICACIONES INTRAPARTO OBSTÉTRICAS Y RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS

Tabla 7. Hemorragia obstétrica y retención de restos placentarios en púerperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

COMPLICACION INTRAPARTO OBSTÉTRICA	Púerperas inmediatas (n = 62)				Sig.
	Diagnóstico de retención de restos placentarios (RPOC)				
	Si		No		
	fi	%	fi	%	
Hemorragia obstétrica					
Si	24	38,7	14	22,6	1,000
No	16	25,8	8	12,9	
Total	40	64,5	22	35,5	

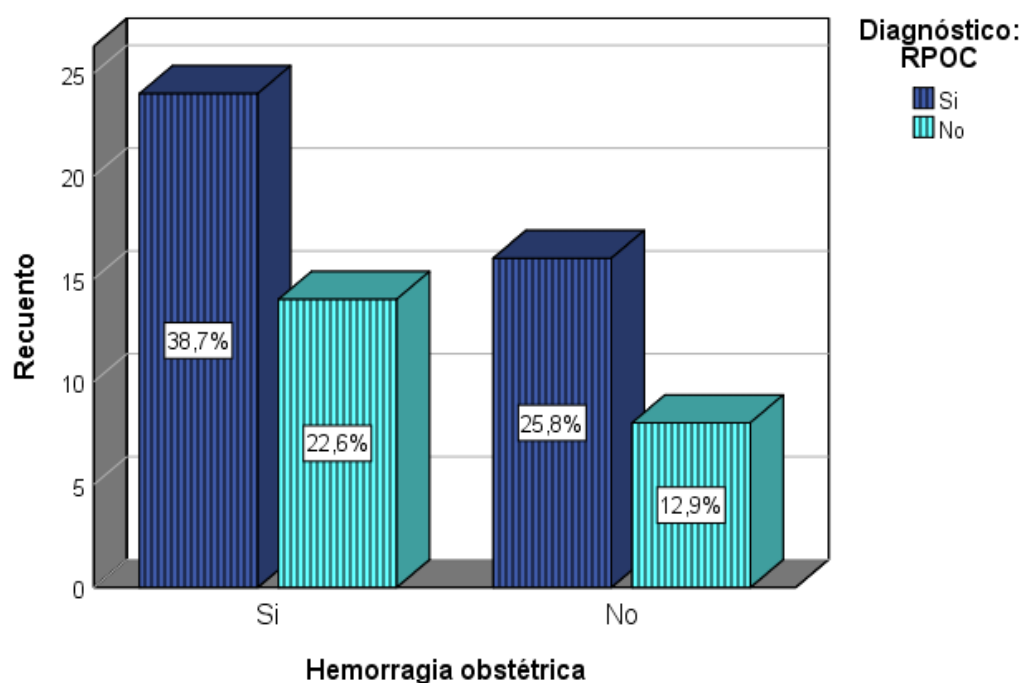


Figura 7. Hemorragia obstétrica y retención de restos placentarios en púerperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

Interpretación de datos

De las féminas con diagnóstico de retención de restos placentarios, el 38,7% (n=24) presentó hemorragia obstétrica, mientras que el 25,8% (n=16) no la desarrolló. A su vez, dentro del grupo sin retención de restos, un 22,6% (n=14) reportó hemorragia y el 12,9% (n=8) no la presentó, lo que evidencia que la mayor proporción se concentró en aquellas mujeres con hemorragia obstétrica y diagnóstico positivo de restos retenidos.

Tabla 8. Medidas de asociación (prueba exacta de Fisher y Odds Ratio) entre hemorragia obstétrica y retención de restos placentarios en púerperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

ESTADÍSTICO NO PARAMÉTRICO		PROBABILIDAD RELATIVA			p valor (sig.)
Prueba exacta de Fisher		OR (Exp-B)	IC (95%)		
Sig.	1.000		Inferior	Superior	
		0.857	0.293	2.510	0.779

Interpretación de datos

La prueba exacta de Fisher arrojó un valor de $p=1,000$, lo que indica ausencia de asociación significativa entre hemorragia obstétrica y retención de restos placentarios. El OR fue 0,857 con IC95% 0,293–2,510, evidenciando que esta complicación no modificó de forma relevante la probabilidad de presentar restos retenidos.

Tabla 9. Atonía uterina y retención de restos placentarios en púerperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

Púérperas inmediatas (n = 62)					
COMPLICACION INTRAPARTO OBSTÉTRICA	Diagnóstico de retención de restos placentarios (RPOC)				Sig.
	Si		No		
	fi	%	fi	%	
Atonía uterina					
Si	19	30,6	8	33,9	0,435
No	21	12,9	14	22,6	
Total	40	64,5	22	35,5	

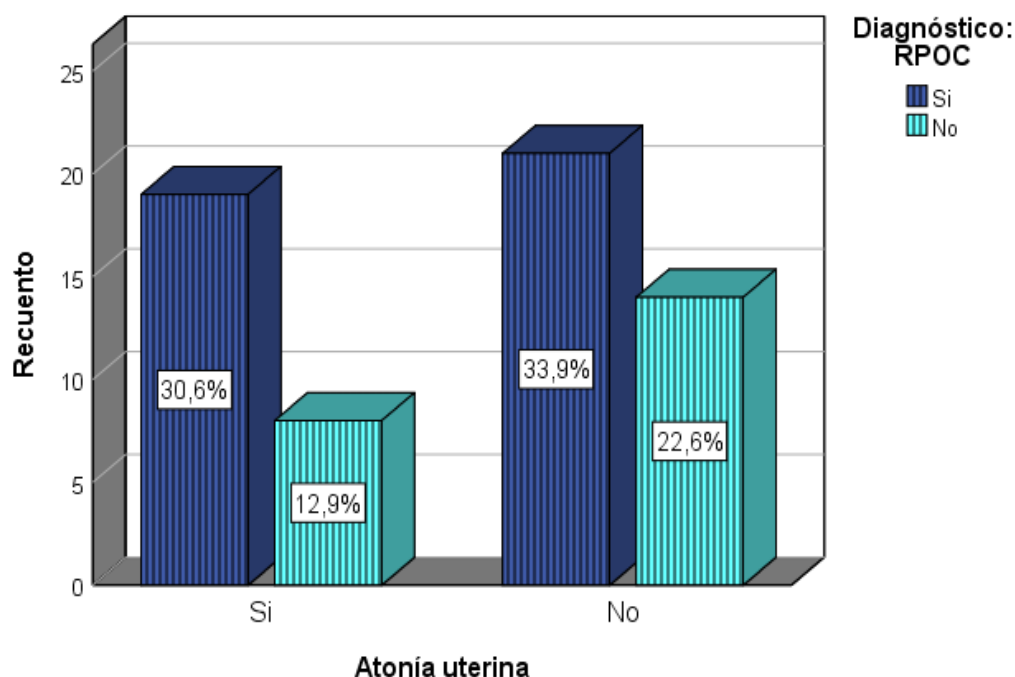


Figura 8. Atonía uterina y retención de restos placentarios en púerperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

Interpretación de datos

Dentro del grupo de mujeres que fueron diagnosticadas con retención de restos placentarios, se identificó que el 30,6% (n=19) presentó atonía uterina, en contraste con un 25,8% (n=21) que no manifestó esta complicación, lo que pone de relieve que, aunque existe una proporción considerable de casos con atonía, la mayoría correspondió a quienes no la desarrollaron. En cuanto al conjunto de puérperas sin diagnóstico de RPOC, el 12,9% (n=8) evidenció la presencia de atonía, mientras que el 22,6% (n=14) no la registró, situación que refuerza la tendencia observada en el grupo anterior, donde la ausencia de atonía mantiene un predominio claro. En ese sentido, los hallazgos permiten señalar que, tanto en mujeres con como sin retención, la complicación no se manifestó en la mayoría, aunque con una diferencia más acentuada en aquellas sin RPOC.

Tabla 10. Medidas de asociación (prueba exacta de Fisher y Odds Ratio) entre atonía uterina y retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

ESTADÍSTICO NO PARAMÉTRICO		PROBABILIDAD RELATIVA			p valor (sig.)
		OR (Exp-B)	IC (95%)		
Prueba exacta de Fisher			Inferior	Superior	
Sig.	0.435	1.583	0.544	4.605	0.399

Interpretación de datos

Al aplicar la prueba exacta de Fisher, se obtuvo un valor de significancia de 0,435, lo que indica que no existe una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de atonía uterina y el diagnóstico de retención de restos placentarios. Asimismo, el cálculo del Odds Ratio mostró un valor de 1,583 con un intervalo de confianza al 95% comprendido entre 0,544 y 4,605, lo cual evidencia que, aunque las pacientes con atonía uterina tuvieron una probabilidad mayor de presentar RPOC en comparación con aquellas sin esta complicación, la amplitud del intervalo y el valor de $p=0,399$ descartan un efecto concluyente. En consecuencia, los resultados sugieren que la atonía uterina no constituye un factor de riesgo estadísticamente comprobado para la retención de restos placentarios en la población analizada.

Tabla 11. Distocia de hombros y retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

Puérperas inmediatas (n = 62)					
COMPLICACION INTRAPARTO OBSTÉTRICA	Diagnóstico de retención de restos placentarios (RPOC)				Sig.
	Si		No		
	fi	%	fi	%	
Distocia de hombros					
Si	17	27,4	7	11,3	0,586
No	23	37,1	15	24,2	
Total	40	64,5	22	35,5	

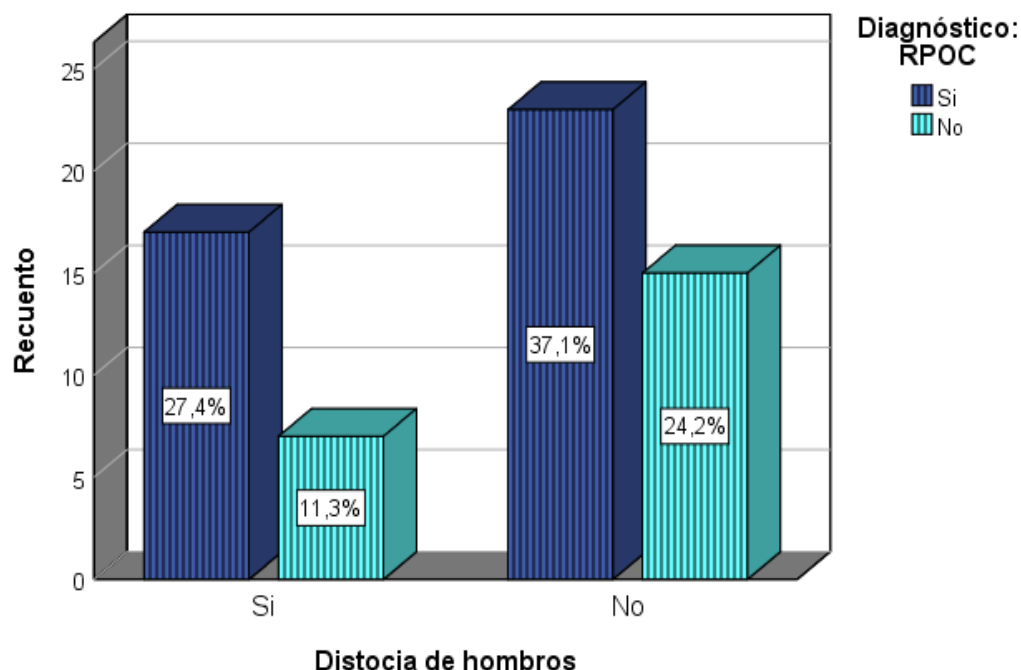


Figura 9. Distocia de hombros y retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

Interpretación de datos

Entre las pacientes diagnosticadas con retención de restos placentarios, el 27,4% (n=17) presentó distocia de hombros, mientras que el 37,1% (n=23) no registró dicha complicación. En el grupo que no fue diagnosticado con RPOC, el 11,3% (n=7) tuvo distocia de hombros y el 24,2% (n=15) no la presentó. De esta manera, en ambos grupos predominó la ausencia de distocia, aunque se observa que la proporción de casos con esta complicación fue mayor en las mujeres que sí cursaron con retención de restos placentarios, lo que podría tener cierta tendencia clínica.

Tabla 12. Medidas de asociación (prueba exacta de Fisher y Odds Ratio) entre distocia de hombros y retención de restos placentarios en púerperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

ESTADÍSTICO NO PARAMÉTRICO		PROBABILIDAD RELATIVA			
Prueba exacta de Fisher		OR (Exp-B)	IC (95%)		p valor (sig.)
Sig.			Inferior	Superior	
	0,586	1,584	0,530	4,732	0,410

Interpretación de datos

La prueba exacta de Fisher arrojó un valor de 0,586, mostrando que no existe asociación significativa entre la distocia de hombros y la retención de restos placentarios. El OR obtenido fue 1,584, indicando una probabilidad ligeramente mayor de presentar RPOC en mujeres con distocia; sin embargo, este resultado no es concluyente, ya que el intervalo de confianza al 95% (0,530–4,732) incluye la unidad. En consecuencia, no se evidenció relación estadísticamente significativa entre ambas variables.

Tabla 13. Rotura uterina y retención de restos placentarios en púerperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

Púérperas inmediatas (n = 62)					
COMPLICACION INTRAPARTO OBSTÉTRICA	Diagnóstico de retención de restos placentarios (RPOC)				Sig.
	Si		No		
	fi	%	fi	%	
Rotura uterina					
Si	1	1,6	0	0,0	1,000
No	39	62,9	22	35,5	
Total	40	64,5	22	35,5	

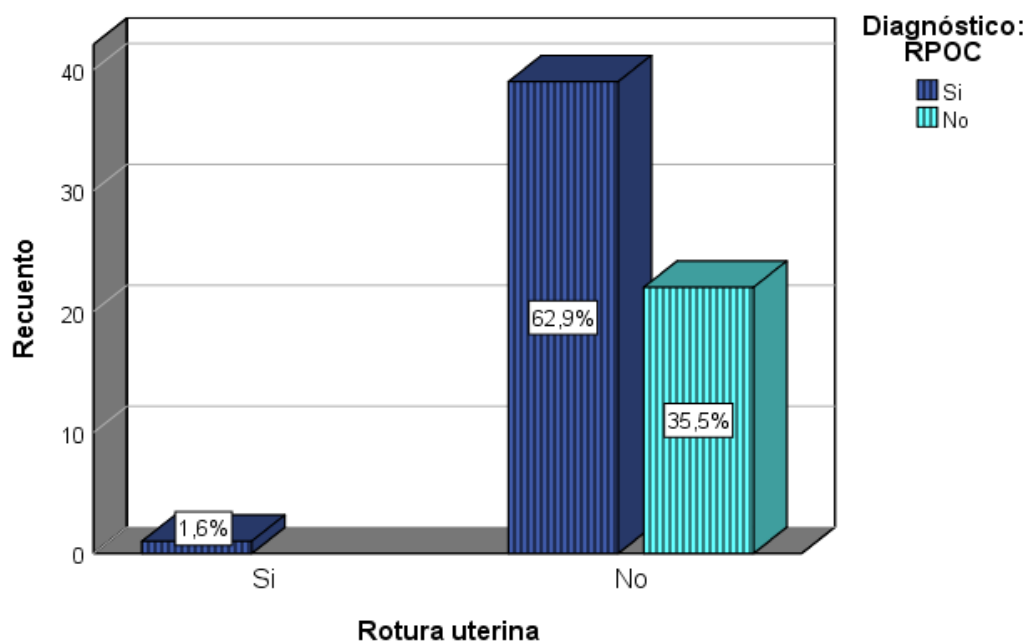


Figura 10. Rotura uterina y retención de restos placentarios en púerperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

Interpretación de datos

Al examinar la relación entre la rotura uterina y el diagnóstico de retención de restos placentarios, se advierte que dentro del grupo con retención de restos placentarios (RPOC) solo una mujer (1,6%) presentó rotura uterina, mientras que los 39 restantes (62,9%) no registraron dicha complicación. En contraste, en el grupo sin diagnóstico de RPOC no se identificaron casos de rotura uterina (0,0%), observándose que las 22 mujeres (35,5%) no presentaron esta condición. Estos resultados permiten señalar que la rotura uterina se presentó en un número mínimo de casos y únicamente en el grupo con RPOC, lo que evidencia una baja frecuencia de esta complicación en la población estudiada.

Tabla 14. Medidas de asociación (prueba exacta de Fisher y Odds Ratio) entre rotura uterina y retención de restos placentarios en púerperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

ESTADÍSTICO NO		PROBABILIDAD RELATIVA			p valor (sig.)
PARAMÉTRICO		OR (Exp-B)	IC (95%)		
Prueba exacta de Fisher			Inferior	Superior	
Sig.	1.000	9113.0	0.000	-	1.000

Interpretación de datos

Al realizar la prueba exacta de Fisher se obtuvo un valor de 1,000, lo que demuestra que no existe asociación estadísticamente significativa entre la rotura uterina y la retención de restos placentarios. De igual modo, el Odds Ratio alcanzó un valor de 9113,0; no obstante, este resultado carece de validez interpretativa, ya que el intervalo de confianza del 95% presenta un límite inferior de 0,000 y no define un límite superior, lo que se explica por la escasa frecuencia de casos observados. En tal sentido, pese a que el OR aparenta señalar un aumento desproporcionado del riesgo, la ausencia de significancia ($p=1,000$) indica que la rotura uterina no constituye un factor asociado de manera estadísticamente comprobable con el diagnóstico de retención de restos placentarios en la población analizada.

Tabla 15. Placenta previa y retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

Puérperas inmediatas (n = 62)					
COMPLICACION INTRAPARTO OBSTÉTRICA	Diagnóstico de retención de restos placentarios (RPOC)				Sig.
	Si		No		
	fi	%	fi	%	
Placenta previa					
Si	10	16,1	6	9,7	1,000
No	30	48,4	13	25,8	
Total	40	64,5	22	35,5	

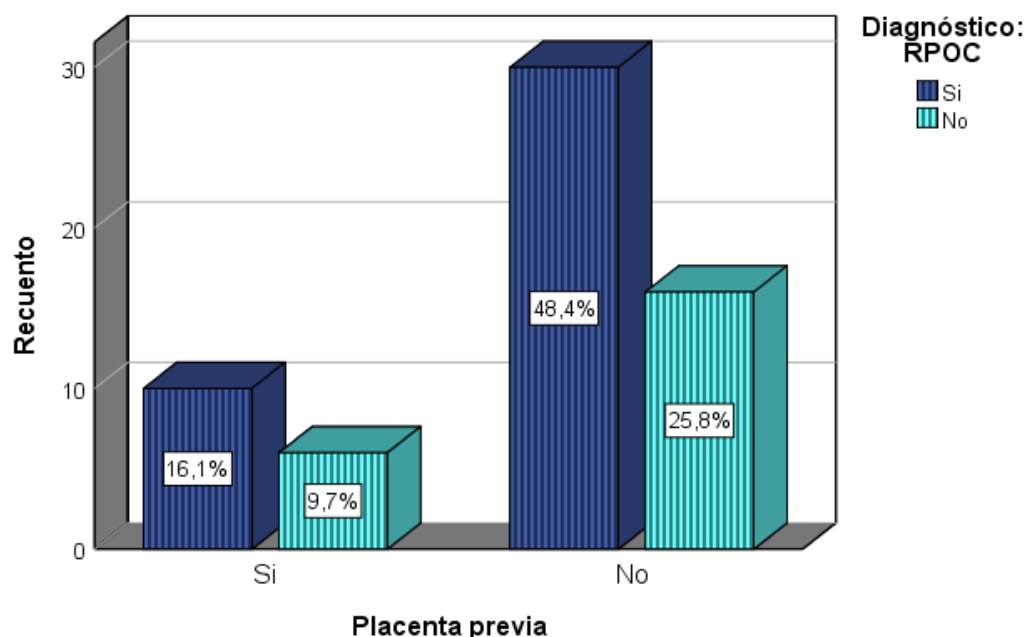


Figura 11. Placenta previa y retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

Interpretación de datos

En la comparación entre la presencia de placenta previa y el diagnóstico de retención de restos placentarios, se observó que el 16,1% (n=10) de las mujeres con RPOC presentó placenta previa, mientras que el 48,4% (n=30) no mostró dicha complicación. En el grupo sin diagnóstico de RPOC, un 9,7% (n=6) registró placenta previa y el 25,8% (n=13) no la presentó; por lo que este panorama permite advertir que la placenta previa aparece con mayor frecuencia en las puérperas diagnosticadas con RPOC; no obstante, en ambos grupos predominó la ausencia de este evento obstétrico.

Tabla 16. Medidas de asociación (prueba exacta de Fisher y Odds Ratio) entre placenta previa y retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

ESTADÍSTICO NO		PROBABILIDAD RELATIVA			
PARAMÉTRICO		OR (Exp-B)	IC (95%)		p valor (sig.)
Prueba exacta de Fisher			Inferior	Superior	
Sig.	1,000	0,889	0,273	2,893	0,845

Interpretación de datos

Considerando los resultados de la prueba exacta de Fisher arrojaron un valor de 1,000, lo que evidencia la inexistencia de una asociación estadísticamente significativa entre la placenta previa y la retención de restos placentarios. Asimismo, el Odds Ratio fue de 0,889, con un intervalo de confianza al 95% que oscila entre 0,273 y 2,893, lo que refleja una estimación imprecisa y que incluye el valor nulo. De igual modo, el valor p obtenido (0,845) confirma la falta de significancia, por lo que no se puede establecer que la placenta previa actúe como un factor de riesgo para el diagnóstico de RPOC en las puérperas inmediatas.

4.2.1. COMPLICACIONES INTRAPARTO CLÍNICAS Y RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS

Tabla 17. Anemia y retención de restos placentarios en púerperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

Púérperas inmediatas (n = 62)					
COMPLICACION INTRAPARTO CLÍNICA	Diagnóstico de retención de restos placentarios (RPOC)				Sig.
	Si		No		
	fi	%	fi	%	
Anemia					
Si	33	53,2	13	21,0	0,068
No	7	11,3	9	14,5	
Total	40	64.5	22	35.5	

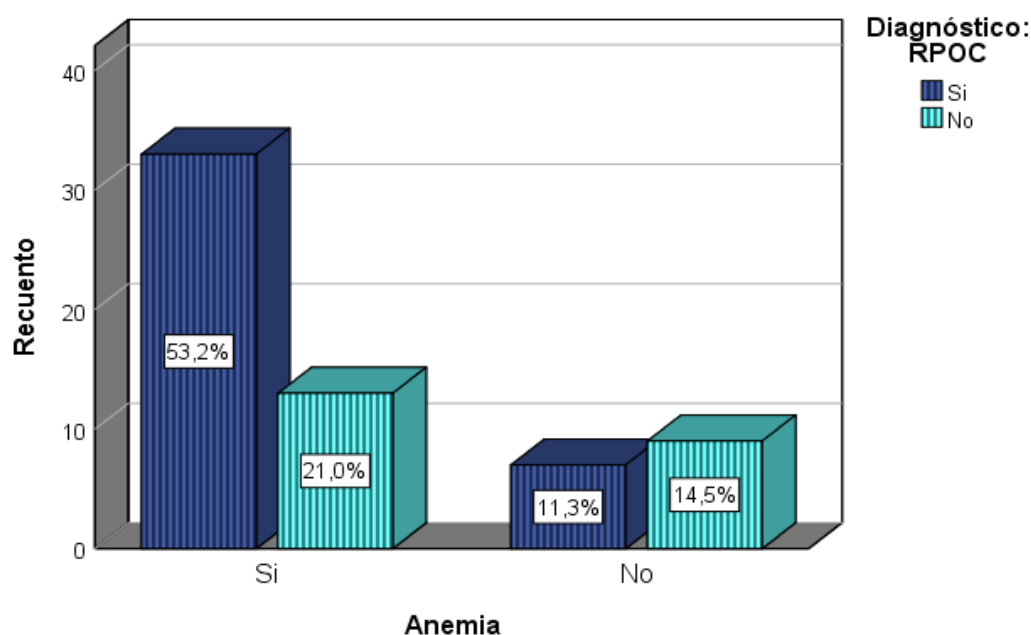


Figura 12. Anemia y retención de restos placentarios en púerperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

Interpretación de datos

Dentro del grupo de púerperas diagnosticadas con retención de restos placentarios, se encontró que el 53,2% (33 casos) presentó anemia, mientras que el 11,3% (7 mujeres) no la evidenció. En contraste, entre quienes no desarrollaron RPOC, el 21,0% (13 participantes) refirió anemia y el 14,5% (9 casos) no la presentó. Estos resultados permiten advertir que la presencia de anemia fue notoriamente más frecuente en el grupo con RPOC en comparación con aquellas sin este diagnóstico, lo que sugiere una posible relación clínica de interés.

Tabla 18. Medidas de asociación (prueba exacta de Fisher y Odds Ratio) entre anemia y retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

ESTADÍSTICO NO PARAMÉTRICO		PROBABILIDAD RELATIVA			p valor (sig.)
		OR (Exp-B)	IC (95%)		
Prueba exacta de Fisher			Inferior	Superior	
Sig.	0.068	3.264	1.005	10.599	0.049

Interpretación de datos

En este análisis, la prueba exacta de Fisher arrojó un valor de 0,068, sin alcanzar significancia estadística, aunque cercana al límite convencional. No obstante, el Odds Ratio fue de 3,26 (IC95%: 1,005–10,599) con un valor p de 0,049, lo que sí evidencia asociación significativa. Esto indica que las puérperas con anemia presentan más de tres veces mayor probabilidad de retención de restos placentarios, destacando a esta condición como un posible factor de riesgo relevante.

Tabla 19. Preeclampsia y retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

COMPLICACION INTRAPARTO CLÍNICA	Puérperas inmediatas (n = 62)				
	Diagnóstico de retención de restos placentarios (RPOC)				
	Si		No		Sig.
	fi	%	fi	%	
Preeclampsia					
Si	12	19,3	6	9,7	1,000
No	28	45,2	16	25,8	
Total	40	64,5	22	35,5	

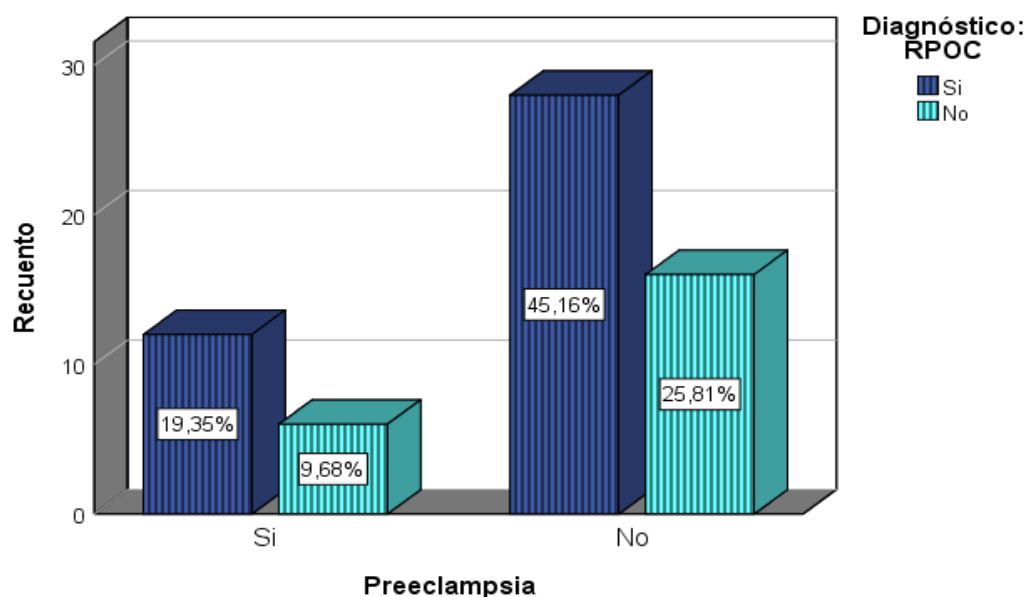


Figura 13. Preeclampsia y retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

Interpretación de datos

De las mujeres diagnosticadas con retención de restos placentarios, el 19,3% (n=12) presentó preeclampsia, mientras que el 45,2% (n=28) no reportó esta complicación. En contraste, dentro del grupo sin diagnóstico de retención, un 9,7% (n=6) manifestó preeclampsia y un 25,8% (n=16) no la presentó; en tal sentido, estos hallazgos sugieren que la presencia de preeclampsia fue mayor en las puérperas con retención de restos placentarios, aunque en ambos grupos predominaron las que no cursaron con dicha complicación.

Tabla 20. Medidas de asociación (prueba exacta de Fisher y Odds Ratio) entre preeclampsia y retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

en el Centro de Salud Moras, Nidanduco, durante el año 2024					
ESTADÍSTICO NO PARAMÉTRICO		PROBABILIDAD RELATIVA			p valor (sig.)
		OR (Exp-B)	IC (95%)		
Prueba exacta de Fisher			Inferior	Superior	
Sig.	1,000	1,143	0,360	3,663	0,821

Interpretación de datos

El análisis estadístico reveló que la prueba exacta de Fisher ($p=1,000$) no mostró significancia en la relación entre la preeclampsia y el diagnóstico de retención de restos placentarios, lo que indica que ambas variables no presentan una asociación estadísticamente comprobada en esta muestra. Aunque la razón de momios ($OR=1,143$) sugiere que las mujeres con preeclampsia tuvieron una probabilidad discretamente mayor de desarrollar retención, este resultado no es concluyente, ya que el intervalo de confianza al 95% (0,360–3,663) es amplio y abarca la unidad, lo que refleja imprecisión y ausencia de efecto consistente. En ese sentido, si bien se observa una tendencia leve hacia un mayor riesgo en las pacientes con preeclampsia, la evidencia estadística disponible no respalda una relación clara ni significativa entre ambas condiciones.

Tabla 21. Infección intraamniótica y retención de restos placentarios en púerperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

Púérperas inmediatas (n = 62)					
COMPLICACION INTRAPARTO CLÍNICA	Diagnóstico de retención de restos placentarios (RPOC)				Sig.
	Si		No		
	fi	%	fi	%	
Infección intraamniótica					
Si	9	14,5	1	1,6	0,082
No	31	50,0	21	33,9	
Total	40	64,5	22	35,5	

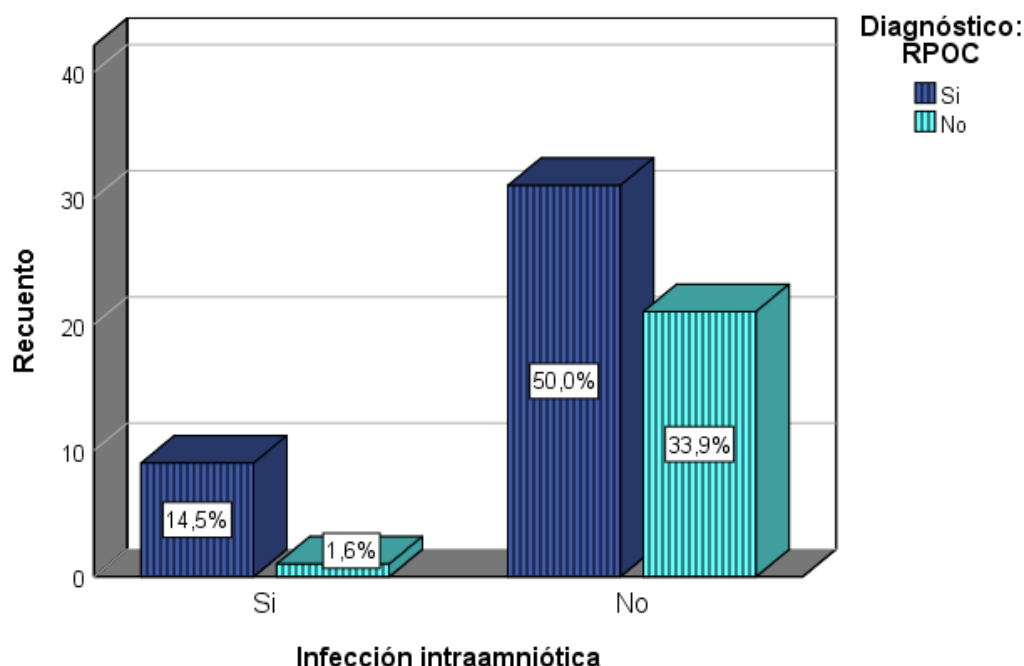


Figura 14. Infección intraamniótica y retención de restos placentarios en púerperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

Interpretación de datos

En relación con la infección intraamniótica, se identificó que, entre las mujeres con diagnóstico de retención de restos placentarios, un 14,5% (n=9) presentó esta complicación, mientras que el 50,0% (n=31) no la manifestó. Por otro lado, en el grupo sin diagnóstico de retención, únicamente un 1,6% (n=1) tuvo infección intraamniótica, en contraste con el 33,9% (n=21) que no la presentó; por lo que, estos resultados evidencian que la infección intraamniótica fue más frecuente en las pacientes con retención de restos placentarios que en aquellas sin dicho diagnóstico.

Tabla 22. Medidas de asociación (prueba exacta de Fisher y Odds Ratio) entre infección intraamniótica y retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

ESTADÍSTICO NO PARAMÉTRICO		PROBABILIDAD RELATIVA			p valor (sig.)
Prueba exacta de Fisher		OR (Exp-B)	IC (95%)		
Sig.	0.082		Inferior	Superior	
		6.097	0.718	51.765	0.098

Interpretación de datos

Aunque la prueba exacta de Fisher ($p=0,098$) no alcanzó significancia estadística, el OR = 6,097 indica que las mujeres con infección intraamniótica presentan mayor probabilidad de desarrollar retención de restos placentarios. No obstante, el amplio intervalo de confianza al 95% (0,718–51,765) limita la precisión de esta estimación, lo que evidencia que, si bien se observa una tendencia clínica, la asociación no puede considerarse estadísticamente concluyente.

Tabla 23. Diabetes gestacional y retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

Puérperas inmediatas (n = 62)					
COMPLICACION INTRAPARTO CLÍNICA	Diagnóstico de retención de restos placentarios (RPOC)				Sig.
	Si		No		
	fi	%	fi	%	
Diabetes gestacional					
Si	7	11,3	3	4,8	1,000
No	33	53,2	19	30,7	
Total	40	64,5	22	35,5	

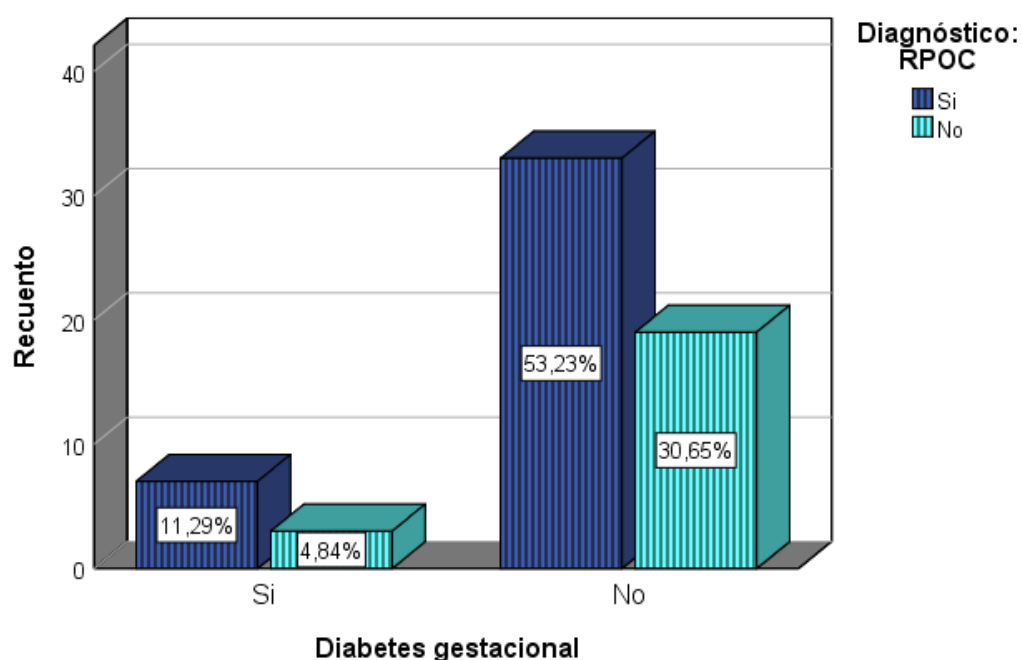


Figura 15. Diabetes gestacional y retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

Interpretación de datos

Entre las puérperas diagnosticadas con retención de restos placentarios, el 11,3% (n=7) presentó diabetes gestacional, mientras que el 53,2% (n=33) no cursó con esta complicación. En el grupo sin diagnóstico de RPOC, el 4,8% (n=3) evidenció diabetes gestacional y el 30,7% (n=19) no la presentó. Por lo tanto, los resultados muestran que la diabetes gestacional se presentó en mayor proporción dentro del grupo con RPOC, aunque la mayoría de las mujeres en ambos grupos no registró esta condición.

Tabla 24. Medidas de asociación (prueba exacta de Fisher y Odds Ratio) entre diabetes gestacional y retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024

ESTADÍSTICO NO PARAMÉTRICO		PROBABILIDAD RELATIVA		p valor (sig.)	
		OR (Exp-B)	IC (95%)		
Prueba exacta de Fisher			Inferior	Superior	
Sig.	1.000	1.343	0.310	5.817	0.693

Interpretación de datos

La prueba exacta de Fisher ($p=0,693$) no evidenció una asociación estadísticamente significativa entre la diabetes gestacional y la retención de restos placentarios. De manera complementaria, el Odds Ratio ($OR=1,343$) indica que las puérperas con diabetes gestacional tuvieron una probabilidad ligeramente mayor de presentar RPOC en comparación con aquellas sin esta condición, pero el intervalo de confianza al 95% (0,310–5,817) incluye la unidad, lo que refleja imprecisión y ausencia de efecto concluyente. En consecuencia, los hallazgos sugieren que la diabetes gestacional no constituye un factor asociado de manera estadísticamente comprobable con el diagnóstico de retención de restos placentarios en las puérperas inmediatas estudiadas.

En tal sentido y por todo el análisis inferencial observado, los resultados obtenidos permiten evidenciar que, en general, las complicaciones intraparto no mostraron una asociación estadísticamente significativa con la retención de restos placentarios en las puérperas atendidas en el Centro de Salud Moras durante el año 2024. En el análisis de las complicaciones obstétricas, incluyendo

hemorragia, atonía uterina, distocia de hombros, ruptura uterina y placenta previa, así como de las complicaciones clínicas como anemia, preeclampsia, infecciones intramnióticas y diabetes gestacional, la mayoría de los valores estadísticos (prueba exacta de Fisher, OR e intervalos de confianza) no respaldaron una relación concluyente, salvo en el caso de la anemia, que mostró una asociación significativa. Por tanto, se puede señalar que, en la población estudiada, la evidencia sugiere que las complicaciones intraparto en general no se relacionan de manera consistente con la retención de restos placentarios, confirmando parcialmente la hipótesis nula general, mientras que ciertas condiciones clínicas específicas, como la anemia, podrían constituir factores de riesgo relevantes.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La retención de restos placentarios (RPOC) constituye una complicación obstétrica de relevancia clínica, caracterizada por la permanencia de fragmentos de placenta o membranas en la cavidad uterina tras el alumbramiento, lo que puede derivar en hemorragias, infecciones y prolongación del periodo postparto. El presente estudio tuvo como objetivo analizar la relación entre diversas complicaciones intraparto y la retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024, con la finalidad de identificar posibles factores de riesgo obstétricos y clínicos asociados a este desenlace y valorar la hipótesis general planteada.

En primer lugar, al considerar la incidencia general de RPOC, se observó que 40 mujeres (64,5%) presentaron esta complicación, mientras que 22 puérperas (35,5%) no la registraron. Este hallazgo evidencia que la retención es un evento frecuente en la población estudiada y se aproxima a lo reportado por Naupay Picón ⁽²⁹⁾ y Lucas Santos ⁽¹⁵⁾, quienes documentaron una frecuencia significativa de RPOC en puérperas jóvenes. La diferencia porcentual podría explicarse por factores como edad materna, paridad, calidad del control prenatal y manejo del alumbramiento. Estos resultados respaldan la relevancia clínica de la RPOC y permiten sostener parcialmente la hipótesis general, al evidenciar que las complicaciones intraparto constituyen un factor importante en el riesgo de retención.

Respecto a las complicaciones obstétricas intraparto, la hemorragia obstétrica se presentó en 38,7% (24/40) de las puérperas con RPOC, frente a 22,6% (14/22) en aquellas sin retención. La prueba exacta de Fisher ($p=1,000$) indicó ausencia de significancia estadística, y el $OR=0,857$ ($IC_{95\%} 0,293-2,510$) sugiere que la hemorragia no modificó de manera concluyente la probabilidad de retención. Este resultado coincide con Attali et al. ⁽¹⁹⁾, quienes señalan que algunas complicaciones intraparto pueden no impactar directamente en la retención, aunque afectan otros desenlaces. Por tanto, la hipótesis específica Hi_1 no se confirma estadísticamente para la hemorragia, pero clínicamente sigue siendo relevante.

Por su parte, la atonía uterina: Estuvo presente en 30,6% (19/40) de las puérperas con RPOC frente a 12,9% (8/22) en aquellas sin retención. La prueba exacta de Fisher ($p=0,435$) y el $OR=1,583$ ($IC_{95\%}$ 0,544–4,605) indican ausencia de significancia estadística, aunque muestran una tendencia clínica hacia mayor probabilidad de retención. La atonía podría dificultar la expulsión completa de la placenta, lo que concuerda con Lamas Alférez y Carrasco Alcántara, ⁽²⁵⁾ quienes la reportan como un factor de riesgo potencial; por lo que, esto respalda parcialmente la hipótesis Hi_1 desde una perspectiva clínica.

Referente a la distocia de hombros, se evidenció en 27,4% (17/40) de las puérperas con RPOC frente a 11,3% (7/22) en aquellas sin retención. La prueba exacta de Fisher ($p=0,586$) y el $OR=1,584$ ($IC_{95\%}$ 0,530–4,732) muestran ausencia de significancia estadística, aunque reflejan una tendencia clínica hacia mayor probabilidad de retención. Este hallazgo coincide con Fahim et al. ⁽²³⁾ quienes destacan que la distocia no tratada adecuadamente puede aumentar el riesgo de trauma uterino y retención placentaria, reforzando parcialmente la hipótesis Hi_1 .

En lo que respecta a la rotura uterina, evento poco frecuente (1,6% de las puérperas con RPOC). El OR fue elevado (9113,0), pero el IC indefinido y la prueba exacta de Fisher ($p=1,000$) limitan la interpretación. Valdez Oyola ⁽²⁷⁾ señala que, aunque raro, este evento puede causar hemorragias graves y favorecer la retención. En esa misma línea, la placenta previa: Se observó en 16,1% (10/40) de las puérperas con RPOC frente a 9,7% (6/22) sin retención. La prueba exacta de Fisher ($p=1,000$) y $OR=0,889$ ($IC_{95\%}$ 0,273–2,893) indican ausencia de significancia estadística, aunque clínicamente sigue siendo un factor a considerar, coincidiendo con Liu et al. ⁽²⁰⁾. La hipótesis Hi_1 no se confirma estadísticamente para esta complicación, pero clínicamente sugiere riesgo potencial.

En cuanto a las complicaciones clínicas intraparto, la anemia se presentó en 53,2% de las puérperas con RPOC frente a 21,0% en aquellas sin retención. La prueba exacta de Fisher ($p=0,068$) y $OR=3,26$ ($IC_{95\%}$ 1,005–10,599; $p=0,049$) confirman una asociación significativa. Este hallazgo respalda la hipótesis Hi_2 , indicando que las puérperas anémicas tienen más de tres veces mayor probabilidad de retención, probablemente

por menor contractilidad uterina. Coincide con Liu et al. ⁽²⁰⁾ y Sánchez Rodríguez ⁽²⁸⁾. Por otro lado, la preeclampsia, infección intraamniótica y diabetes gestacional: No alcanzaron significancia estadística, aunque la infección intraamniótica presentó un OR elevado (6,097), lo que indica tendencia clínica relevante, coincidiendo con Donthi et al, ⁽²²⁾. Esto sugiere que, aunque la hipótesis H_{i2} se confirma principalmente para anemia, la infección intraamniótica también podría contribuir al riesgo de retención.

En síntesis, aunque varias complicaciones obstétricas intraparto no mostraron significancia estadística (hemorragia, atonía, distocia, rotura uterina, placenta previa), los hallazgos clínicos y las tendencias observadas sugieren un efecto potencial sobre la retención de restos placentarios. La anemia se confirma como un factor de riesgo significativo, mientras que la infección intraamniótica evidencia una tendencia relevante. Por tanto, la hipótesis general se confirma parcialmente, ya que algunas complicaciones se relacionan con la RPOC (principalmente clínicas), mientras que otras presentan relevancia clínica, aunque no estadística.

Estos resultados destacan la necesidad de implementar estrategias preventivas, monitoreo riguroso y seguimiento activo durante el periodo intraparto y postparto, especialmente frente a anemia e infecciones, con el objetivo de reducir la morbilidad materna asociada a la retención placentaria.

CONCLUSIONES

- 1. De manera general**, se identificó que la anemia materna fue la única complicación intraparto clínicamente y estadísticamente asociada con la retención de restos placentarios (RPOC), evidenciando que las puérperas con anemia presentaron más de tres veces mayor probabilidad de desarrollar esta complicación (OR=3,26; IC95%: 1,005–10,599; $p=0,049$). En contraste, el resto de complicaciones obstétricas y clínicas no mostraron asociación significativa. Este hallazgo confirma parcialmente la hipótesis general, ya que se encontró relación entre una complicación clínica (anemia) y la retención de restos, aunque no con todas las complicaciones evaluadas.
- 2. En relación con la hipótesis específica 1**, se evaluaron las complicaciones obstétricas: la hemorragia obstétrica afectó a 24 mujeres (38,7%) con RPOC frente a 14 (22,6%) sin retención (Fisher $p=1,000$; OR=0,857; IC95% 0,293–2,510), sin evidencia de asociación significativa. La atonía uterina estuvo presente en 19 mujeres (30,6%) frente a 8 (12,9%) sin retención (Fisher $p=0,435$; OR=1,583; IC95% 0,544–4,605), mostrando una tendencia clínica pero no estadística. La distocia de hombros se observó en 17 mujeres (27,4%) frente a 7 (11,3%) sin retención (Fisher $p=0,586$; OR=1,584; IC95% 0,530–4,732), evidenciando también tendencia clínica sin confirmación estadística. La rotura uterina solo se registró en un caso (1,6%), con un OR elevado (9113,0) pero sin intervalo definido (Fisher $p=1,000$), lo que limita la interpretación. La placenta previa se presentó en 10 mujeres (16,1%) frente a 6 (9,7%) sin retención (Fisher $p=1,000$; OR=0,889; IC95% 0,273–2,893), sin asociación significativa. En conjunto, estos hallazgos no confirman la hipótesis específica 1, ya que ninguna complicación obstétrica mostró relación estadística con la retención de restos placentarios.
- 3. Respecto a la hipótesis específica 2**, se evaluaron complicaciones clínicas: la anemia se identificó en 33 mujeres (53,2%) con retención frente a 13 (21,0%) sin retención (Fisher $p=0,068$; OR=3,26; IC95% 1,005–10,599; $p=0,049$), confirmando asociación significativa. La preeclampsia afectó a 12 mujeres (19,3%) frente a 6 (9,7%) sin retención

(Fisher $p=1,000$; OR=1,143; IC95% 0,360–3,663), sin asociación. La infección intraamniótica se presentó en 9 mujeres (14,5%) frente a 1 (1,6%) sin retención (Fisher $p=0,098$; OR=6,097; IC95% 0,718–51,765), mostrando una tendencia clínica relevante, aunque no significativa. La diabetes gestacional se observó en 7 mujeres (11,3%) frente a 3 (4,8%) sin retención (Fisher $p=0,693$; OR=1,343; IC95% 0,310–5,817), sin asociación estadística. Estos hallazgos permiten confirmar parcialmente la hipótesis específica 2, dado que solo la anemia mostró relación significativa con la retención placentaria, mientras que las demás complicaciones clínicas no.

4. **Respecto al tercer objetivo específico**, la retención de restos placentarios se presentó en 40 mujeres (64,5%), mientras que 22 (35,5%) no desarrollaron esta complicación, evidenciando una incidencia elevada en las púerperas inmediatas, lo que refuerza la importancia del problema en el contexto estudiado.
5. **En cuanto al cuarto objetivo específico**, al describir las características sociodemográficas de las púerperas, se observó que la mayoría tenía más de 30 años (56,5%), lo que muestra predominio de edades adultas. En relación con el nivel de instrucción, el 35,5% reportó formación técnica, indicando nivel educativo intermedio. Respecto al estado civil, predominó la convivencia con un 62,9%, siendo la forma más frecuente de relación. En cuanto a la religión, el 54,8% profesaba la fe católica, reflejando clara predominancia. Además, en relación con la ocupación, la mayor proporción trabajaba bajo contrato (30,6%), lo que evidencia que gran parte de las mujeres combina responsabilidades laborales y del hogar.
6. **Conclusión integradora:** La hipótesis general se confirma parcialmente, pues solo la anemia materna mostró asociación significativa con la retención de restos placentarios, mientras que otras complicaciones obstétricas y clínicas no evidenciaron relación estadística. No obstante, condiciones como la distocia de hombros y la infección intraamniótica reflejaron tendencias clínicas que merecen ser consideradas en futuras investigaciones.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda que el Centro de Salud Moras fortalezca los protocolos de manejo del alumbramiento, garantizando la capacitación continua del personal de salud en la prevención y atención temprana de la retención de restos placentarios y otras complicaciones intraparto, así como la implementación de sistemas de seguimiento posparto que permitan detectar y abordar oportunamente cualquier eventualidad, consolidando así una cultura de seguridad materna y prevención.
2. Se sugiere que los profesionales de la salud integren de manera sistemática la evaluación de factores de riesgo obstétricos y clínicos durante el trabajo de parto, priorizando la identificación de anemia y otras condiciones que incrementen la probabilidad de retención de restos placentarios, aplicando correctamente las intervenciones necesarias y registrando de manera precisa cada caso para fortalecer la evidencia clínica interna y optimizar la atención.
3. A nivel comunitario y educativo, se propone promover programas de orientación para gestantes y sus familias sobre la importancia del control prenatal, la adherencia a las indicaciones médicas y la identificación temprana de signos de alarma durante el posparto, fomentando la participación activa y la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones sobre su salud, contribuyendo a reducir complicaciones prevenibles y mejorar los resultados maternos.
4. Se recomienda impulsar investigaciones futuras que permitan profundizar en los factores de riesgo asociados a la retención de restos placentarios, considerando variables obstétricas, clínicas y sociodemográficas, con el objetivo de generar estrategias basadas en evidencia, orientar políticas de salud materna y consolidar un enfoque preventivo sostenible a nivel regional y nacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Briceño-Pérez C, Briceño-Sanabria L, Briceño-Sanabria JC. Complicaciones intraparto. Capítulo 8. Libro EAR. PVDG 2020 [Internet]. 2021 [citado 11 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://goo.su/RS7e>
2. Recommendations and key considerations. En: WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision [Internet]. World Health Organization; 2022 [citado 11 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK582350/>
3. World Health Organization (WHO). Guideline on Self-Care Interventions for Health and Well-being, 2022 Revision. 1st ed. Geneva: World Health Organization [Internet]; 2022 [citado 11 de diciembre de 2024]. 1 p. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052192>
4. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health [Internet]. junio de 2014 [citado 11 de diciembre de 2024]; 2(6): e323-333. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(14\)70227-x](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(14)70227-x)
5. Borde MT. Geographical and socioeconomic inequalities in maternal mortality in Ethiopia. Int J Soc Determinants Health Health Serv [Internet]. 2023 [citado 11 de diciembre de 2024]; 53(3): 282–93. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/27551938231154821>
6. 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 [Internet]. octubre de 2011 [citado 11 de diciembre de 2024]; 54(5): 50-7. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=31035>
7. Ramanathan G, Arulkumaran S. Postpartum haemorrhage. Current Obstetrics & Gynaecology [Internet]. febrero 2006 [citado 11 de diciembre de 2024]; 16(1): 6–13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.curobgyn.2005.10.002>
8. Muftau Adesina A, Adegboye A. Maternal Mortality in Nigeria: Trend, Triggers and Implications for Sustainable Development. American Journal

- of Life Sciences [Internet]. 2020 [citado 12 de diciembre de 2024]; 8(5): 135. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11648/j.ajls.20200805.18>
9. World Health Organization: WHO. Mortalidad materna [Internet]. Who.int. World Health Organization: WHO; 2023 [citado 12 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
10. Campó S. En Perú cada 36 horas muere una mujer embarazada: ¿cuáles son las 3 causas principales de muerte materna? [Internet]. infobae; 2024 [citado 12 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.infobae.com/peru/2024/07/11/en-peru-cada-36-horas-muere-una-mujer-embarazada-cuales-son-las-3-causas-principales-de-muerte-materna/>
11. Etiology and risk factors for placenta previa: An overview and meta-analysis of observational studies. ResearchGate [Internet]. 22 de octubre de 2024 [citado 12 de diciembre de 2024]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/jmf.13.3.175.190>
12. Collins J, Allott H, Wingston Ng'ambi, Lin IL, Giordano M, Graham M, et al. Estimating the impact of maternity service delivery on health in Malawi: An individual-based modelling study. Research Square (Research Square) [Internet]. 20 febrero 2024 [citado 12 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.researchsquare.com/article/rs-3937439/v1>
13. Urpi Cárdenas DA. Alumbramiento dirigido y retención de restos placentarios en pacientes de parto vaginal en el hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas – 2017 [Internet] Apurímac: Universidad Alas Peruanas; 2017 [citado 12 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.uap.edu.pe/xmlui/handle/20.500.12990/8435>
14. Eugenia R. Multiparidad, antecedentes de legrado uterino, parto prolongado y cesárea previa como factores de riesgo asociados a retención placentaria en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco – La Libertad 2015 al 2016 [Internet] La Libertad: Universidad Cesar Vallejo; 2015 [citado 12 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/29165>

15. Lucas Santos CK. Factores obstétricos asociados a retención de restos placentarios en puérperas atendidas en el Centro de Salud la Unión de Huánuco, 2023 [Internet] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2024 [citado 12 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.udh.edu.pe/20.500.14257/5385>
16. Jiang W, Chen W, Li D. Racial and ethnic disparities in the incidence, healthcare utilization, and outcomes of retained placenta among delivery hospitalizations in the United States, 2016–2019. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 11 de noviembre de 2023 [citado 12 de diciembre de 2024]; 23(1): 783. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06097-0>
17. Bedriñana Muñoz K. Factores asociados a la retención de restos placentarios en parturientas del Hospital regional de Ayacucho, año 2010 – 2015 [Internet] Ayacucho: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2017 [citado 12 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unsch.edu.pe/items/84dcbe6e-a465-48c7-9de0-1892a28b4c35>
18. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Cero muertes maternas por hemorragia. www.paho.org [Internet] [citado 12 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/cero-muertes-maternas-por-hemorragia>
19. Attali E, Lavie M, Lavie I, Gomez R, Yogev Y, Gamzu R, Many A. Prolonged exposure to meconium in cases of spontaneous premature rupture of membranes at term and pregnancy outcome. *J Matern Fetal Neonatal Med* [Internet]. diciembre 2022 [citado 12 de diciembre de 2024]; 35(25): 6681-6686. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/14767058.2021.1919077>
20. 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* [Internet]. 26 de abril de 2021 [citado 12 de diciembre de 2024]; 21(1): 332. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03818-1>
21. Linde LE, Rasmussen S, Moster D, Kessler J, Baghestan E, Gissler M, et al. Risk factors and recurrence of cause-specific postpartum hemorrhage:

- A population-based study. PLoS One [Internet]. 2022 [citado 12 de diciembre de 2024]; 17(10): e0275879. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0275879>
22. Donthi S, Kloos J, Gibson KS, Olson D, Kaelber DC. Intrapartum and 30-day postpartum complications in patients with antenatal COVID-19 infection: A retrospective cohort study. Infect Dis Obstet Gynecol [Internet]. 2024 [citado 12 de diciembre de 2024]; 2024: 5421129. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2024/5421129>
 23. Muhammad A.A Fahim, Saleem MM, Zubair MS, Moussa Hojeij. Risk factors and consequences of a rare obstetric complication: Intrapartum fetal decapitation. International Journal of Surgery Global Health [Internet]. agosto 2024 [citado 12 de diciembre de 2024]; 7(5). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/GH9.0000000000000472>
 24. Villazana Álvarez K. Características de puérperas con retención de restos placentarios atendidas en el Centro de Salud de Chilca 2019 [Internet] Huancayo: Universidad Peruana del Centro; 2022 [citado 13 de diciembre de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.upecen.edu.pe/handle/20.500.14127/314>
 25. Lamas, Junior J. Factores clínico-epidemiológicos maternos asociados a la atonía uterina en puérperas del servicio de ginecología y obstetricia. Hospital San Bartolomé. Marzo 2019 - marzo 2021 [Internet] Lima: Universidad Ricardo Palma; 2022 [citado 13 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/entities/publication/e4e4435d-a14a-4550-a467-3821725f4541>
 26. Vargas C. Características del parto en puérperas con retención de restos placentarios atendidos en el centro de salud Churcampa en el año 2020. [Internet]. Unh.edu.pe. Universidad Nacional de Huancavelica; 2023 [citado 13 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unh.edu.pe/items/8e735974-16c2-495b-b969-7642114990e5>
 27. Valdez Oyola RL. Hemorragia post parto por retención placentaria en Centro de Salud Huancaray, Apurímac 2021 [Internet] Apurímac: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2023 [citado 13 de

- diciembre de 2024]. Disponible en:
<https://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/20.500.12510/4022>
28. Sánchez Rodríguez EDP. Factores asociados a la hemorragia postparto en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2020 [Internet]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2023 [citado 13 de diciembre de 2024]. Disponible en:
<https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/9202>
29. Katty A. Factores clínicos relacionados a la retención placentaria en parturientas adolescentes hospital materno infantil Carlos Showing Ferrari Amarilis – Huánuco, año 2017 [Internet] Huánuco:Universidad de Huánuco; 2017 [citado 15 de diciembre de 2024]. Disponible en:
<https://repositorio.udh.edu.pe/handle/123456789/2992>
30. Barrera Barrera G, Cucoch Petraello-Rojas C, Martínez Vera I, Neira Pérez M, Órdenes Osorio S, Sandoval Rubilar S, et al. Percepción de las vías del parto de mujeres en edad reproductiva: una revisión de la literatura. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. abril de 2022 [citado 15 de diciembre de 2024]; 87(2): 122-36. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.24875/rechog.21000027>
31. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva [Internet]. Who.int. [citado el 15 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>
32. Jordi Bellart A. Mecanismo del parto normal. Condicionantes actuales [Internet]. [citado 17 de diciembre de 2024]. Disponible en:
<https://acortar.link/cCt1xm>
33. Trabajo de parto y parto normal. Guías de prácticas y procedimientos [Internet]. [citado 17 de diciembre de 2024]. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/912/91221202.pdf>
34. Urióstegui Domínguez JA, Ramírez Palacios CD, Urióstegui Domínguez JA, Ramírez Palacios CD. Descripción de nuevos paradigmas en la curva del trabajo de parto en un hospital de segundo nivel de atención. Ginecol Obstet México [Internet]. 2020 [citado 17 de diciembre de 2024]; 88(11): 727-34. Disponible en: <https://doi.org/10.24245/gom.v88i11.4433>

35. Moreno Santillán AA, Celis González C, Posadas Nava A, Martínez Adame LM, Villafán Cedeño L, Moreno Santillán AA, et al. Descripción de la curva de trabajo de parto en un hospital de tercer nivel de atención. *Ginecol Obstet México* [Internet]. 2018 [citado 17 de diciembre de 2024]; 86(6): 368-73. Disponible en: <https://doi.org/10.24245/gom.v86i6.1572>
36. Lavanderos S, Díaz-Castillo C, Lavanderos S, Díaz-Castillo C. Recomendaciones basadas en la evidencia para alcanzar un parto respetado. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. diciembre de 2021 [citado 17 de diciembre de 2024]; 86(6): 563-72. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24875/rechog.m21000034>
37. Lugones Botell M, Marieta Ramírez Bermúdez D. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura The labor in different positions through the science, the history and the culture. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia* [Internet]. 2012 [citado 17 de diciembre de 2024]; 38(1): 134–45. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v38n1/gin15112.pdf>
38. Grillo Ardila CF, Bautista Charry AA, Diosa Restrepo M. Atención del parto con feto en presentación pelviana: revisión de la semiología, el mecanismo y la atención del parto. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* [Internet]. 2019 [citado 17 de diciembre de 2024]; 70(4): 253–65. Disponible en: <https://doi.org/10.18597/rcog.3345>
39. Maiellano B, Hernández Rojas PE. Alumbramiento dirigido con oxitocina intraumbilical. *J Negat No Posit Results* [Internet]. 2020 [citado el 17 de diciembre de 2024]; 5(4): 428–35. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000400005
40. Guevara Ríos E. Manejo activo de la tercera etapa del parto salva vidas. *Investigación Materno Perinatal* [Internet]. 2022 [citado el 17 de diciembre de 2024]; 11(2): 7–8. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/282>
41. Pacora P. El desprendimiento prematuro de placenta (DPP) es una manifestación de enfermedad vascular severa en el embarazo. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* [Internet]. 2025 [citado el 17 de

- diciembre de 2024]; 51(1): 39–48. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9506307>
42. Pacheco Adamuz MJ; Corral Segade ME; García García M. Tercera fase del parto; tipos de alumbramiento y sus repercusiones [Internet]. Studocu. 2021 [citado el 17 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://acortar.link/BduVOH>
 43. Ramírez JV. Conducción clínica del parto eutócico. Analgesia y anestesia obstétrica [Internet] [citado el 17 de diciembre de 2024]. Disponible en: [https://www.uv.es/jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%20O-10%20\(2006\).pdf](https://www.uv.es/jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%20O-10%20(2006).pdf)
 44. 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 [Internet] Ica: Universidad Autónoma de Ica; 2021 [citado 17 de diciembre de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/20.500.14441/1029>
 45. Verdesoto Prieto MI. Manejo activo de la tercera etapa de labor de parto, uso de prostaglandina vía rectal, estudio comparativo con la vía sublingual en el Hospital Isidro Ayora de Loja [Internet] Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2025 [citado 17 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec//handle/123456789/6732>
 46. Felipe O, Montoya JB. Manejo del tercer y cuarto periodos del trabajo de parto [Internet]. McGraw Hill Medical [Internet]. 2025 [citado 17 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?sectionid=121619720&bookid=1756>
 47. Ricardo Horacio Fescina, Ricardo Leopoldo Schwarcz, Carlos Alberto Duverges. Obstetricia. Buenos Aires: El Ateneo; 2016.
 48. Manual básico de Obstetricia y Ginecología [Internet] [citado 17 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://comatronas.es/contenidos/2017/11/Manual_obstetricia_ginecologia.pdf

49. Manrique Muñoz S, Munar Bauzá F, Francés González S, Suescun López MC, Montferrer Estruch N, Fernández López de Hierro C. Actualización en el uso de uterotónicos. Rev Esp Anesthesiol Reanim [Internet]. 1 de febrero de 2012 [citado el 17 de diciembre de 2024]; 59(2): 91-7. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6419852>
50. González Navarro P, Martínez Salazar GG, Olivero Vásquez YI, Monares Zepeda E, Nares Torices M, Hurtado Martínez AS. Agentes uterotónicos: algoritmo poscesárea. Rev Chil Anest [Internet]. 2022 [citado el 17 de diciembre de 2024]; 51(6): 662-70. Disponible en: <https://revistachilenadeanestesia.cl/revchilanestv5128091547/>
51. Aragón Hernández JP, Ávila Vergara MA, Beltrán Montoya J, Calderón Cisneros E, Caldiño Soto F, Castilla Zenteno A, et al. Protocolo clínico para inducción del trabajo de parto: propuesta de consenso. Ginecol Obstet México [Internet]. 2017 [citado el 17 de diciembre de 2024]; 85(5): 314-24. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000500314
52. Arango Gómez F, Mejía Londoño JC. ¿Cuándo pinzar el cordón umbilical? Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2004 [citado el 17 de diciembre de 2024]; 55(2): 136–45. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/601?time=1712424270?time=1722757460?time=1743820202?time=1747017050>
53. Rangel R de CT, Souza M de L de, Bentes CML, Souza ACRH de, Leitão MN da C, Lynn FA. Tecnologias de cuidado para prevenção e controle da hemorragia no terceiro estágio do parto: revisão sistemática. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2019 [citado el 17 de diciembre de 2024]; 27: e3165. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/YY6sNC4DKxxpgzrXbjm9rVd/?format=pdf&lang=es>
54. Ralph Criswell Benson, PernollML, Elena M. Manual de obstetricia y ginecología. México: Mcgraw-Hill; 2003.
55. Perlman NC y Carusi DA. Retained placenta after vaginal delivery: risk factors and management. International Journal of Women's Health

- [Internet]. 2019 [citado el 17 de diciembre de 2024]; 11, 527–534. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/IJWH.S218933>
56. Escobedo L, Alejandra M. Factores de riesgo asociados a la retención de placenta y/o membranas ovulares en partos a término, Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, enero a diciembre del 2015 [Internet] Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2016 [citado el 17 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/5567>
57. Protocolo: retención de restos ovulares y placentarios protocolos medicina materno-fetal Hospital Clínic-Hospital Sant [Internet] [citado el 17 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://fetalmedicinebarcelona.org/wp-content/uploads/2024/02/RPOC_Retencion_restos_ovulares_y_placentarios.pdf
58. Chawla S, Sharma R. Retained Products of Conception (RPOC): Diagnosis, Complication & Management. J Obstet Gynaecol India [Internet]. octubre de 2023 [citado el 17 de diciembre de 2024]; 73(5): 374-80. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s13224-023-01873-6>
59. Foreste V, Gallo A, Manzi A, Riccardi C, Carugno J, Sardo ADS. Hysteroscopy and Retained Products of Conception: An Update. Gynecol Minim Invasive Ther [Internet]. 2021 [citado el 17 de diciembre de 2024]; 10(4): 203-9. Disponible en: https://doi.org/10.4103/gmit.gmit_125_20
60. Perales. Factores asociados a la retención de restos placentarios en puérperas de la micro red de salud puerto Ocopa, Satipo 2019 [Internet] Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica; 2021 [citado 18 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unh.edu.pe/items/d91cf1ef-429a-4eb7-a609-8499b5e8d9ac>
61. Gálvez Cruz, DJ. Prevalencia en retención de restos placentarios postparto en el Hospital Regional de Zacapa. [Internet]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2020 [citado 18 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://acortar.link/9HLRX7>
62. García Lavandeira S, Álvarez Silvaes E, Rubio Cid P, Borrajo Hernández E, García Lavandeira S, Álvarez Silvaes E, et al. Hemorragia

- posparto secundaria o tardía. Ginecol Obstet México [Internet]. 2017 [citado 18 de diciembre de 2024]; 85(4): 254-66. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000400007
63. Wei X, Wei J, Wang S. Risk factors for postpartum hemorrhage in patients with retained placenta: building a predict model. J Perinat Med [Internet]. 1 de junio de 2022 [citado 18 de diciembre de 2024]; 50(5): 601-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1515/jpm-2021-0632>
 64. Vargas Chaves S, Duarte Jeremías M. Hemorragia posparto. Revista Médica Sinergia [Internet]. 1 de noviembre de 2020 [citado 18 de diciembre de 2024]; 5(11): e603. Disponible en: <https://doi.org/10.31434/rms.v5i11.603>
 65. Evensen A, Anderson JM, Fontaine P. Postpartum Hemorrhage: Prevention and Treatment. Am Fam Physician [Internet]. 1 de abril de 2017 [citado 18 de diciembre de 2024]; 95(7): 442-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28409600/>
 66. Gómez Martínez N, Morillo Cano JR, Pilatuña Tirado CB. El cuidado enfermero en pacientes con atonía uterina atendidas en el Hospital General Puyo. Dilemas contemporáneos: Educación, Política y Valores [Internet]. Mayo 2021; 8(3). Disponible en: <https://doi.org/10.46377/dilemas.v8i3.2674>
 67. Suarez S, Conde-Agudelo A, Borovac-Pinheiro A, Suarez-Rebling D, Eckardt M, Theron G, et al. Uterine balloon tamponade for the treatment of postpartum hemorrhage: a systematic review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol [Internet]. abril de 2020 [citado 18 de diciembre de 2024]; 222(4): 293.e1-293.e52. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.11.1287>
 68. Mercier FJ, Van de Velde M. Major obstetric hemorrhage. Anesthesiol Clin [Internet]. 2008 [citado 18 de diciembre de 2024]; 26(1): 53–66, vi. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anclin.2007.11.008>
 69. Giouleka S, Tsakiridis I, Kalogiannidis I, Mamopoulos A, Tentas I, Athanasiadis A, et al. Postpartum hemorrhage: A comprehensive review of guidelines. Obstet Gynecol Surv [Internet]. 2022 [citado 18 de

- diciembre de 2024]; 77(11): 665–82. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/OGX.0000000000001061>
70. Melamud K, Wahab SA, Smereka PN, Dighe MK, Glanc P, Kamath A, et al. Imaging of antepartum and postpartum hemorrhage. *Radiographics* [Internet]. 2024 [citado 18 de diciembre de 2024]; 44(4): e230164. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1148/rg.230164>
 71. Sandoval-García-Travesí FA, Reyes-Hernández MU, Sandoval-Barajas D, Morales-Hernández S, Tovar-Galván V, Hinojosa-Cruz JC, et al. Placenta previa: resultados perinatales en la experiencia de una unidad médica de tercer nivel. *Cir Cir* [Internet]. 2019 [citado el 20 de diciembre de 2024]; 87(6): 667–73. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-054X2019000600667
 72. Ávila Darcia S, Alfaro Moya T, Olmedo Soriano J. Generalidades sobre placenta previa y acretismo placentario. *Revista Clínica Escuela de Medicina UCR-HSJD* [Internet]. 2016 [citado el 20 de diciembre de 2024]; 6(3). Disponible en: https://doi.org/10.15517/rc_ucr-hsjd.v6i3.25735
 73. Gonzalo García I, Bustinza Beaskoetxea Z, Robles Fradejas M, Biain Ciganda A, Martín Macías MA, Martínez Guisasola J. Acretismo placentario focal tratado mediante embolización de arterias uterinas. *Clin Invest Ginecol Obstet* [Internet]. 2019; 46(1): 38–41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gine.2017.07.001>
 74. De Campos FPF, Simões RS, Felipe-Silva A, Gonzales MD, Ilário EN. Placental polyp: a rare cause of iron deficiency anemia. *Autops Case Rep* [Internet]. 2011; 1(4): 51–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4322/acr.2011.017>
 75. Zmora I, Bas-Lando M, Armon S, Farkash R, Ioscovich A, Samueloff A, et al. Risk factors, early and late postpartum complications of retained placenta: A case control study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2019; 236: 160–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.03.024>
 76. Moldenhauer JS. Infección intraamniótica [Internet]. *Manual MSD versión para profesionales. Manuales MSD* [Internet]; 2024 [citado el 20 de diciembre de 2024]. Disponible en:

<https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecología-y-obstetricia/complicaciones-intraparto/infección-intraamniótica>

77. Romero R, Hsu YC, Athanassiadis AP, Hagay Z, Avila C, Nores J, et al. Preterm delivery: a risk factor for retained placenta. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 1990 [citado el 20 de diciembre de 2024]; 163(3): 823–5. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/0002-9378\(90\)91076-o](http://dx.doi.org/10.1016/0002-9378(90)91076-o)
78. Medina Pérez E, Sánchez Reyes A, Hernández Peredo A, Martínez López M, Jiménez Flores C, Serrano Ortiz I, et al. Diabetes gestacional. Diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención. *Med interna Méx* [Internet]. 2017 [citado el 20 de diciembre de 2024]; 33(1): 91–8. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662017000100091
79. García Rodríguez BA. Complicaciones materna-perinatales y diabetes gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Santa Rosa – Piura, 2019 – 2022 [Internet] Piura: Universidad Cesar Vallejo; 2023 [citado el 20 de diciembre de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/111435>
80. Julcahuanga ME. Complicaciones materno-perinatales en gestantes de parto vaginal en el periodo expulsivo atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto - San Martín, 2018 [Internet] Tarapoto: Universidad San Martín de Porres; 2020 [citado el 20 de diciembre de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/6860>
81. Weeks AD. The retained placenta. *Afr Health Sci* [Internet]. 2001 [citado el 20 de diciembre de 2024]; 1(1): 36–41. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12789132/>
82. Franke D, Zepf J, Burkhardt T, Stein P, Zimmermann R, Haslinger C. Retained placenta and postpartum hemorrhage: time is not everything. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 2021; 304(4): 903–11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00404-021-06027-5>
83. Enfermería Ocronos RM y. Proceso de atención de Enfermería en adolescente gestante con diagnóstico de ruptura prematura de membranas [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica [Internet].

- 2019 [citado el 20 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://revistamedica.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria-de-ruptura-prematura-de-membranas/>
84. Miller HE, Ansari JR. Uterine atony. Curr Opin Obstet Gynecol [Internet]. 2022 [citado el 20 de diciembre de 2024]; 34(2): 82–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/GCO.0000000000000776>
85. Turner MJ. Uterine rupture. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology [Internet]. febrero 2002 [citado el 20 de diciembre de 2024]; 16(1): 69–79. Disponible en: <https://doi.org/10.1053/beog.2001.0256>
86. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación [Internet]. 6th ed. México, D.F: Mcgraw-Hill Education; 2014. Disponible en: <https://goo.su/qlc7>

COMO CITAR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Polino G. Complicaciones intraparto y retención de restos placentarios en puérperas inmediatas Centro de Salud Moras, Huánuco 2024 [Internet] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2025 [Consultado]. Disponible en: <http://...>

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Investigación “**Complicaciones intraparto y retención de restos placentarios en puérperas inmediatas Centro de Salud Moras, Huánuco 2024**”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA	TÉCNICA E INSTRUMENTO
Problema general	Objetivo general	Hipótesis general	Variable de supervisión	Tipo de investigación	Técnica
¿Cuáles son las complicaciones intraparto relacionadas con la retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024?	Relacionar las complicaciones intraparto con la retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024	Hi: Las complicaciones intraparto están relacionadas con la retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024 Ho: Las complicaciones intraparto no están relacionadas con la retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024	Retención de restos placentarios	Enfoque: Cuantitativo Nivel: Relacional Diseño: Correlacional, de carácter observacional - retrospectivo <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0; text-align: center;"> $V_{(1)} \longleftrightarrow^r V_{(2)}$ </div> Donde: • M (puérperas inmediatas) • V(1) (primera variable – complicaciones intraparto) • V(2) (segunda variable – retención de restos placentarios) • r (coeficiente de relación)	Basado en el análisis documental de las historias clínicas Instrumento Ficha de recolección de datos representadas por un total de 15 ítems. Cada uno de estos ítems ha sido diseñado cuidadosamente para cubrir los aspectos más importantes de las variables, asegurando que se obtenga información completa y relevante. Esto permitió analizar los datos de manera más
Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específicas	Variable de relación	Población	
P₁: ¿Existe relación entre las complicaciones intraparto obstétricas, como hemorragia obstétrica, atonía	O₁: Relacionar las complicaciones intraparto obstétricas, como la hemorragia obstétrica, atonía uterina, distocia	Hi₁: Existe relación entre las complicaciones intraparto obstétricas, como la hemorragia obstétrica, atonía uterina, distocia de hombros, ruptura uterina y placenta previa, con la retención de restos placentarios en	Complicaciones intraparto • Complicaciones obstétricas, (hemorragia obstétrica, atonía	La población estuvo conformada por 62 historias clínicas de puérperas atendidas en el Centro	

uterina, distocia de hombros, ruptura uterina y placenta previa, con la retención de restos placentarios en púrpas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024?	de hombros, ruptura uterina y placenta previa, con la retención de restos placentarios en púrpas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024	púrpas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024 Ho₁: No existe relación entre las complicaciones intraparto obstétricas, como la hemorragia obstétrica, atonía uterina, distocia de hombros, ruptura uterina y placenta previa, con la retención de restos placentarios en púrpas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024	uterina, distocia de hombros, ruptura uterina y placenta previa) • Complicaciones clínicas: Anemia, la preeclampsia, la infección intraamniótica y la diabetes gestacional	de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024 Unidad de análisis: Mujeres púrpas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024, cuya información sobre complicaciones intraparto y RPOC estuvo documentada en las historias clínicas. Unidad de muestreo: Coincide con la unidad de análisis, es decir, las púrpas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión establecidos para el estudio. Marco muestral: Conformado por el listado de historias clínicas de las mujeres púrpas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras durante el año 2024, que contienen registros relevantes sobre complicaciones intraparto y RPOC. Por todo lo mencionado, la muestra fue de tipo censal, ya que se incluyeron la totalidad de las 62 historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, correspondientes al periodo de estudio.	detallada y sacar conclusiones bien fundamentadas. • Complicaciones intraparto (9 ítems) • Retención de restos placentarios (1 ítem) • Características demográficas (5 ítems)
P₂: ¿Existe relación entre las complicaciones intraparto clínicas, como anemia, preeclampsia, infección intraamniótica y diabetes gestacional, con la retención de restos placentarios en púrpas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024?	O₂: Relacionar las complicaciones intraparto clínicas, como la anemia, la preeclampsia, la infección intraamniótica y la diabetes gestacional, con la retención de restos placentarios en púrpas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024	Hi₂: Existe relación entre las complicaciones intraparto clínicas, como la anemia, la preeclampsia, infección intraamniótica y la diabetes gestacional, con la retención de restos placentarios en púrpas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024 Ho₂: No existe relación entre las complicaciones intraparto clínicas, como la anemia, la preeclampsia, infección intraamniótica y la diabetes gestacional, con la retención de restos placentarios en púrpas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024			
P₃: ¿Cuál es la incidencia de la	O₃: Determinar la incidencia de la	No se pudo formular hipótesis debido a que es una variable			

retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024?	retención de restos placentarios en puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024	descriptiva
P4: ¿Cuáles son las características demográficas de las puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024?	O4: Describir las características demográficas de las puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Moras, Huánuco, durante el año 2024	No se pudo formular hipótesis debido a que es una variable descriptiva de caracterización

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Investigación “**Complicaciones intraparto y retención de restos placentarios en puérperas inmediatas Centro de Salud Moras, Huánuco 2024**”

Nro. de Historia clínica: _____

I. DIMENSIÓN OBSTÉTRICA

1. Hemorragia obstétrica

a) Si

b) No

2. Atonía uterina

a) Si

b) No

3. Distocia de hombros

a) Si

b) No

4. Rotura uterina

a) Si

b) No

5. Placenta previa

a) Si

b) No

II. DIMENSIÓN CLÍNICA

6. Anemia

a) Si

b) No

7. Preeclampsia

a) Si

b) No

8. Infección intraamniótica

a) Si

b) No

9. Diabetes gestacional

- a) Si
- b) No

III. DIMENSIÓN DE DIAGNÓSTICO

10. Diagnóstico de retención de restos placentarios

- a) Si
- b) No

IV. DIMENSIÓN DE CARÁCTER GENERAL

11. Edad

- a) Menor de 18 años
- b) Entre 18 y 25 años
- c) Entre 26 y 30 años
- d) Mayor de 30 años

12. Grado de instrucción

- a) Analfabeta
- b) Primaria completa
- c) Secundaria completa
- d) Instituto
- e) Universidad

13. Religión

- a) Evangélica
- b) Católica
- c) Otros

14. Estado civil

- a) Soltera
- b) Conviviente
- c) Casada
- d) Divorciada

15. Ocupación

- a) Ama de casa
- b) Estudiante
- c) Bajo contrato
- d) Independiente

ANEXO 3

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

Primer validador:

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Nombre del experto: obstetra... Maricela... Marcelo... Armas...
 1.2. Actividad laboral: Docente de la Universidad de Huánuco...
 1.3. Institución donde labora: Hospital Regional... Hermilio Valdizan...
 1.4. Denominación del instrumento: Validez por contenido...
 1.5. Autor del instrumento: Guadalupe... Marisol... Polino... Prado...

II. GRADO DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

ESCALA				
Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno
1	2	3	4	5

N°	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	MD	D	R	B	MB
01	CLARIDAD: Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					X
02	OBJETIVIDAD: Están expresados en conductas observables, medibles					X
03	ORGANIZACIÓN: Está organizado en forma lógica				X	
04	SUFICIENCIA: Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					X
05	CONSISTENCIA: Basados en los aspectos teóricos científicos					X
06	COHERENCIA: Existe relación entre las variables, los indicadores de la variable y los ítems					X
07	PERTINENCIA: Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados				X	
08	RELEVANCIA: Los ítems del instrumento están alineados con los objetivos y propósitos del estudio					X
09	METODOLOGÍA: La estrategia responde a los objetivos de la investigación					X
10	ACTUALIZACIÓN: Está adecuado de acuerdo al avance de la ciencia y tecnología.					X
PUNTAJE FINAL		puntos				

III. PUNTAJE FINAL DE LA EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

ESCALA				
Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno
10 - 18	19 - 27	28 - 36	37 - 45	46 - 50

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD DEL EXPERTO

.....

RESULTADO: Aplicable (X) Aplicable después de corregir () No Aplicable ()

Huánuco, 25 de Junio de 2025

Maricela
 Maricela Marcelo Armas
 OBSTETRA

FIRMA Y SELLO DEL VALIDADOR

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

1.1. Nombre del experto: L. Irma Palacios Zavallón

1.2. Actividad laboral: Directora de la Unidad de Registro PCC UDH

1.3. Institución donde labora: UDH

1.4. Denominación del instrumento: Validez por contenido

1.5. Autor del instrumento: Gladys María Maldonado Prado

II. GRADO DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

ESCALA							
Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno			
1	2	3	4	5			
N°	CRITERIOS DE EVALUACIÓN		MD	D	R	B	MB
01	CLARIDAD: Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					X	
02	OBJETIVIDAD: Están expresados en conductas observables, medibles						X
03	ORGANIZACIÓN: Está organizado en forma lógica				X		
04	SUFICIENCIA: Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento						X
05	CONSISTENCIA: Basados en los aspectos teóricos científicos					X	
06	COHERENCIA: Existe relación entre las variables, los indicadores de la variable y los ítems					X	
07	PERTINENCIA: Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados				X		
08	RELEVANCIA: Los ítems del instrumento están alineados con los objetivos y propósitos del estudio						X
09	METODOLOGÍA: La estrategia responde a los objetivos de la investigación					X	
10	ACTUALIZACIÓN: Está adecuado de acuerdo al avance de la ciencia y tecnología.					X	
PUNTAJE FINAL			puntos				

III. PUNTAJE FINAL DE LA EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

ESCALA				
Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno
10 - 18	19 - 27	28 - 36	37 - 45	46 - 50



IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD DEL EXPERTO

.....

.....

RESULTADO: Aplicable (☒) Aplicable después de corregir () No Aplicable ()

Huánuco, 20 de Junio de 2025

Mg. Gladys María Maldonado Prado
COORDINADORA
MAESTRÍA A DISTANCIA EN SALUD

Tercer validador:

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Nombre del experto: Mg. Rocío Amparo Zelaya Huanca
 1.2. Actividad laboral: Docente de la universidad de Huánuco
 1.3. Institución donde labora: Hospital Materno Infantil Carlos Shownig Ferrari
 1.4. Denominación del instrumento: Validez por contenido
 1.5. Autor del instrumento: Guadalupe Marisol Polva Prado

II. GRADO DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

ESCALA							
Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno			
1	2	3	4	5			
N°	CRITERIOS DE EVALUACIÓN		MD	D	R	B	MB
01	CLARIDAD: Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión						X
02	OBJETIVIDAD: Están expresados en conductas observables, medibles						X
03	ORGANIZACIÓN: Está organizado en forma lógica						X
04	SUFICIENCIA: Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento						X
05	CONSISTENCIA: Basados en los aspectos teóricos científicos					X	
06	COHERENCIA: Existe relación entre las variables, los indicadores de la variable y los ítems						X
07	PERTINENCIA: Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados						X
08	RELEVANCIA: Los ítems del instrumento están alineados con los objetivos y propósitos del estudio						X
09	METODOLOGÍA: La estrategia responde a los objetivos de la investigación					X	
10	ACTUALIZACIÓN: Está adecuado de acuerdo al avance de la ciencia y tecnología.						X
PUNTAJE FINAL			puntos				


III. PUNTAJE FINAL DE LA EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

ESCALA				
Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno
10 - 18	19 - 27	28 - 36	37 - 45	46 - 50

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD DEL EXPERTO

.....

RESULTADO: Aplicable (X) Aplicable después de corregir () No Aplicable ()

Huánuco, 26 de Junio de 2025

 HOSPITAL MATERNO INFANTIL
 CARLOS SHOWNIG FERRARI
 Mg. Rocío Amparo Zelaya Huanca
 OBSTETRA EN MONITOREO FETAL
 C.O.P. 15244 P.R. N° 3380-5-03-4
 HUANUCO, PERÚ
 FIRMA Y SELLO DEL VALIDADOR

ANEXO 4

SOLICITUD DE PERMISO



"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

Huánuco, 16 de Julio del 2025

OFICIO N° 76-2025-GR-HCO-RED-HCO-MR HCO-C. S. MORAS

LIC. ENF. MITZY S. MORI IBARRA

JEFE DEL C. S. LAS MORAS

ASUNTO : RESPUESTA A SU SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA RECABAR INFORMACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL ÁREA DE OBSTETRICIA

Me dirijo a usted, para saludarlo cordialmente, y a la vez dar respuesta a su solicitud presentada a esta institución el día 11 de Julio del presente año, quedando autorizado a acceder a las historias clínicas de los pacientes PUERPERAS, previas supervisiones del responsable de área de admisión y triaje obstétrico; para el desarrollo de su tesis titulado **"COMPLICACIONES INTRAPARTO Y RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS EN PUÉRPERAS INMEDIATAS, EN EL C.S. LAS MORAS, HUÁNUCO 2024"**

Es todo cuanto informo para los fines que crea conveniente

Atentamente



Lic. Enf. Mitzy S. Mori
ESP. EMERGENCIAS Y DESASTRES
CEP: 082334 • RNP: 10000

JR. RAIMONDI 5/N AAHH – LEONCIO PRADO (LAS MORAS) HUÁNUCO - RUC 20489498783