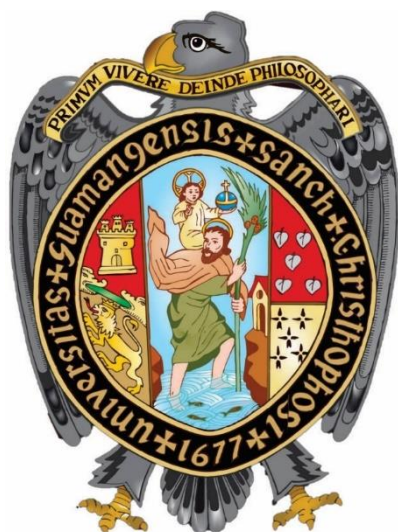


**UNIVERSIDAD NACIONAL SAN CRISTÓBAL DE
HUAMANGA
ESCUELA DE POSGRADO
UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD**



TESIS:

**Factores asociados a retención de restos placentarios, determinados
por ultrasonografía en púerperas del Centro de Salud Belén. Agosto -
Octubre 2021**

Para optar el título de:

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA Y
MONITOREO FETAL**

PRESENTADO POR:

Obsta. Carmen Rosa SOTO CHUQUICAHUA

ASESOR:

Mg. Roaldo PINO ANAYA

AYACUCHO - PERÚ

2024

Índice general

Índice general.....	ii
Índice de tablas	iv
Índice de anexos	v
Introducción.....	6
Capítulo I El problema.....	7
1.1. Planteamiento del problema	7
1.2. Formulación del problema	9
1.3. Objetivos	9
1.3.1. Objetivo General.....	9
1.3.2. Objetivos Específicos	9
1.4. Justificación de la investigación	10
Capítulo II Marco teórico	11
2.1. Antecedentes del estudio	11
2.2. Base teórica científica.....	15
2.2.1. Ultrasonografía en obstetricia	15
2.2.2. La placenta.....	16
Características y microscopia de la placenta	17
Formación de la estructura placentaria.....	17
2.2.3. Ultrasonido en el puerperio.....	18
Aspecto ecográfico del útero en el puerperio	18
2.2.4. Ultrasonografía en la retención de restos placentarios	18
2.2.5. Retención de restos placentarios.....	19
Diagnóstico de la retención de restos placentarios	19
2.2.6. factores maternos y gineco obstétricos asociados a la retención de restos placentarios	20
Edad.....	20
Paridad:.....	20
Antecedente de aborto:	20
Antecedentes de Legrado Uterino:	21
Cesárea uterina previa:	21
Trabajo de parto prolongado:.....	21
Alumbramiento Dirigido:	21
Ruptura prematura de membranas:	22
Expulsivo Prolongado:	22
Alumbramiento Prolongado:	22

2.3. Definición de conceptos operativos	23
2.4. Formulación de la hipótesis	25
2.5. Variables e indicadores	25
2.5.1. V1: Variable 1. Factores de riesgo:.....	25
Factores gineco-obstétricos:.....	25
Factores maternos:.....	25
2.5.2. V2: Variable 2.....	25
2.6. Operacionalización de las variables.....	26
Capítulo III Materiales y método	27
3.1. Tipo de investigación	27
3.2. Nivel de investigación	27
3.3. Diseño de investigación.....	27
3.4. Método de estudio	27
3.5. Población y muestra	27
3.5.1. Universo o población	27
3.5.2. Muestra	27
3.6. Tipo de Muestreo.....	27
3.7. Criterio de inclusión:	27
3.8. Criterio de exclusión:	27
3.9. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	28
3.9.1. Técnica:.....	28
3.9.2. Instrumentos de recolección de datos	28
3.10. Procedimiento de la investigación	28
3.11. Procesamiento de datos	28
3.12. Análisis estadístico	28
Capítulo IV Resultados.....	29
Discusión	34
Conclusiones.....	37
Recomendaciones.....	38
Referencias bibliográficas	39
Anexos	41

Índice de tablas

Tabla 1	Edad como factor de riesgo asociado a la retención de restos placentarios, determinado por Ultrasonografía en puérperas del Centro de Salud de Belén. Agosto – octubre 2021	29
Tabla 2	Paridad como factor de riesgo asociado a la retención de restos placentarios, determinado por Ultrasonografía en puérperas del Centro de Salud de Belén. Agosto – Octubre 2021	30
Tabla 3	Antecedente de aborto como factor de riesgo asociado a la retención de restos placentarios, determinado por Ultrasonografía en puérperas del Centro de Salud de Belén. Agosto – Octubre 2021	30
Tabla 4	Cesárea previa como factor de riesgo asociado a la retención de restos placentarios, determinado por Ultrasonografía en puérperas del Centro de Salud de Belén. Agosto – Octubre 2021	31
Tabla 5	Ruptura prematura de membranas como factor de riesgo asociado a la retención de restos placentarios, determinado por Ultrasonografía en puérperas del Centro de Salud de Belén. Agosto – octubre 2021	32
Tabla 6	Expulsivo prolongado como factor de riesgo asociado a la retención de restos placentarios, determinado por Ultrasonografía en puérperas del Centro de Salud de Belén. Agosto – Octubre 2021	32
Tabla 7	Alumbramiento prolongado como factor de riesgo asociado a la retención de restos placentarios, determinado por Ultrasonografía en puérperas del Centro de Salud de Belén. Agosto – Octubre 2021	33

Índice de anexos

Anexo 1	Ficha de recolección de datos.....	42
----------------	------------------------------------	----

Introducción

La tecnología de ultrasonido representa uno de los avances tecnológicos más importantes en obstetricia y ginecología en los últimos cuarenta años, mejorando significativamente la atención especializada y altamente especializada, así como la investigación y la educación en estos campos.

Según Alvarez (2017):

Con el ultrasonido se han identificado estructuras anatómicas sólidas, blandas y líquidas, que al ser sujetas a múltiples y sistemáticas revisiones, se han convertido en verdaderos parámetros que orientan al profesional obstetra y al médico sobre el estado de la salud y diagnóstico de retención de restos placentarios.

Calle et al. (2008) menciona:

La retención de tejido placentario y membranas de la placenta es la causa de 5 a 10% de las hemorragias posparto. La contracción y la retracción uterina empiezan luego de la expulsión de la placenta y su correcta expulsión permite una contracción y oclusión de los vasos sanguíneos respectivos. La retención de una porción de la placenta es más común si la placenta se desarrolla como succenturiada o con un lóbulo accesorio. Normalmente, después de la expulsión de la placenta esta debe ser examinada; más aún, si luego de su expulsión existe sangrado, la placenta debería obligatoriamente ser inspeccionada, para evidenciar la integridad de los vasos sanguíneos y la integridad de las membranas. Estos hallazgos clínicos sugieren una retención parcial o un lóbulo accesorio. Debemos recordar que la retención de placenta es más frecuente en gestaciones pretérmino extremos (menor de 24 semanas) y por ello está normada la revisión de la cavidad uterina en estos casos y un examen ultrasonográfico para confirmar el diagnóstico.

Capítulo I

El problema

1.1. Planteamiento del problema

Goldman (2019) enuncia que:

La ecografía, también llamada sonografía o simplemente Ultrasonido, refiere a un método de producir imágenes de diagnóstico médico a partir de ondas acústicas de elevada frecuencia. Se basa en la lectura de los ecos reflejados durante el impacto de ondas con distintas estructuras corporales. La ecografía ha tenido una evolución muy rápida gracias a ser inocua, permitiendo practicar numerosos estudios en un mismo paciente sin riesgos, a un costo relativamente bajo. El ultrasonido atraviesa la piel y se refleja en la superficie de los órganos, o el objeto que encuentre a su paso.

La utilización de la ecografía nos permite observar los diferentes tejidos según estén compuestos por estructuras que provoquen mayor o menor impedimento al paso del sonido y esto depende de su propagación tisular. Los términos utilizados para describir una imagen son: anecoico, estructura libre de ecos. Estructuras hipo, iso o hiperecogénicas son aquellas que tienen menos, igual o más ecos que los tejidos normales que las rodean. Así tendremos que las colecciones líquidas no provocan impedimento y generan imágenes anecoicas (negras) con un borde posterior bien marcado (blanco) por la cantidad de ecos que aparecen ante un cambio tan brusco de impedancias (refuerzo acústico posterior). En ambos bordes laterales de la colección líquida se forma una franja de sombra negra (efecto borde). Si la colección líquida tiene partículas en suspensión, como ocurre en las colecciones sanguíneas o purulentas, la imagen se torna hipoecoica. Estos ecos pueden ser difusos o estar dispuestos de manera asimétrica o formando niveles de declive. El efecto borde y el refuerzo acústico posterior se mantienen. Dentro de las colecciones líquidas, pueden observarse tabiques divisorios de distintos grosores que caracterizarán a las diferentes patologías. La evaluación de tejidos blandos nos muestra una gran variedad de ecogenicidades que caracterizan a cada órgano. Los cambios que sufren los tejidos en los distintos procesos

mórbidos provocan cambios ecográficos que son identificados por el estudio. En el caso de retención de restos placentarios en cavidad uterina después del alumbramiento se puede observar imágenes hiperecogénicas o brillosas diseminados o difusas a nivel de la caduca o decidua⁵.

Para Olivera (2019):

En el Perú la incidencia de hemorragia postparto es el 10% de los partos y es la primera causa (40%) de muerte materna. La retención de restos placentarios y membranas de la placenta es la responsable de aproximadamente 30% de los cuadros de hemorragia posparto secundaria grave. Calculando que 99% se producen en los países en desarrollo y con frecuencia produce la muerte materna. Esta complicación ocasiona problemas graves para la salud de la madre entre las que podemos señalar la atonía uterina incrementándose un riesgo de sufrir la hemorragia post parto, la inversión uterina, cabe mencionar que esta complicación puede ser prevenible si se realiza un buen manejo del alumbramiento, previniendo así las posibles complicaciones y mejorando las características obstétricas de las puérperas.

Según Gálvez (2016):

La retención de restos placentario es una patología propia del tercer periodo del parto patológico, siendo un factor importante y frecuente de complicaciones maternas. La forma de presentación habitual es el sangrado anormal, aunque, en ocasiones, la retención de restos puede aparecer como cuadros de endometritis. La retención de restos placentarios sucede con mayor frecuencia en pacientes con el antecedente de cuadros hipertensivos del embarazo o restricción del crecimiento intrauterino y prematuridad. Algunos factores influyen en una mujer embarazada a presentar retención placentaria o restos placentarios, algunos autores mencionan un aumento significativo en la incidencia de placenta retenida o restos placentarios, debido a factores como el trabajo de parto prematuro, multiparidad y en algunos casos en el contexto de la inducción de labor de parto. Cuando no hay una buena técnica para la extracción de placenta, se quedan restos. La retención de restos placentarios se da en algunos casos por la rapidez con la que se extrae.

Lazo y Franco (2016) afirman que:

Se ha descrito que la retención de secundinas se presenta en la gran mayoría de los casos por realizar maniobras no adecuadas en la extracción de la torta placentaria y sus membranas ovulares de manera intempestivas, tales como expresiones incontroladas o tironeamientos del cordón, asimismo se produce como resultado de una mala técnica en la extracción manual de la placenta y también por la presencia del denominado “cotiledón aberrante”, placenta succenturiada o adherencias patológicas.

Su determinación se realiza a través de una evaluación detallada de la placenta, observándose así la falta de las membranas ovulares como el amnios y el corion o uno o más de los cotiledones. La evolución clínica puede conllevar a una de las siguientes situaciones; se desprenden o son expulsados de manera espontánea, produciendo mayormente sangrados profusos de carácter grave; y en otras condiciones, durante el puerperio, conllevan un proceso de desintegración generando infecciones ascendentes y en algunas veces se juntan para constituir pólipos que a la larga puede o no expulsarse.

En nuestra Región de Ayacucho Bedriñana Katherine (2015) refiere que; “los factores que se asocian a la retención de restos placentarios en parturientas atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho durante los años 2010 al 2015. Donde manifiesta que, de un total de 17,053 parturientas, 1,328 presentaron retención de restos placentarios, representando el 7,8% del total. Los factores relacionados a la retención de restos placentarios fueron la menor edad, la gran multiparidad, la rotura prematura de membranas, parto pre término, el mayor número de abortos y el alumbramiento espontáneo”.⁹

En el Hospital de Apoyo de Cangallo tipo II.1 “Juan Fukunaga Soyama” se han registrado el año 2018 un total de 45 casos de retención de restos placentarios en puérperas y para el año 2019 se produjeron 35 casos de retención de restos placentarios. La frecuencia de retención de secundinas en puérperas durante los años 2016 al 2018 es de 32%.¹⁰

Por todo lo mencionado planteo la siguiente interrogante

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles serán los factores maternos y gineco-obstétricos asociados a la retención de restos placentarios determinados por ultrasonografía en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Belén durante los meses de agosto a octubre del 2021?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Establecer los factores maternos y gineco-obstétricos asociados a la retención de restos placentarios determinados por ultrasonografía en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Belén durante los meses de agosto a octubre del 2021

1.3.2. Objetivos Específicos

Conocer si los factores de riesgo gineco - obstétricos como: La cesárea previa, ruptura prematura de membranas, expulsivo prolongado y el alumbramiento prolongado están asociados a la retención de restos placentarios en puérperas.

Identificar si los factores de riesgo maternos como: La edad, paridad, antecedentes de abortos, se asocia a la retención de restos placentarios en puérperas determinados a través de la ultrasonografía.

1.4. Justificación de la investigación

Según Asturizaga y Jaldin (2014):

La retención de restos placentarios es una complicación que se presenta durante el tercer periodo del parto, es considerado como un factor importante de morbilidad materna, por tal motivo es considerado como un verdadero problema de salud pública. Se presentan condiciones clínicas que incrementan el riesgo de complicarse el parto con la retención de restos placentarios, entre los cuales podemos citar a la subinvolución uterina, alumbramiento incompleto (ausencia de partes de las membranas ovulares o cotiledones) y lo más importante es el sangrado vaginal el cual no permite la correcta contracción del útero, cuyo diagnóstico precoz y tratamiento oportuno durante este periodo, se conseguiría tener mínimo riesgo de complicación. El identificar y conocer los factores de riesgo gineco obstétricos en la retención de restos placentarios en puérperas, facilitará desarrollar e implementar estrategias sanitarias en promoción de la salud, prevención, atención prenatal y manejo adecuado de este problema de salud.

Capítulo II

Marco teórico

2.1. Antecedentes del estudio

Cuestas H¹² et al (Huánuco; 2015) en su investigación sobre “Cesárea previa, Legrado Uterino y Paridad como Factores Relacionados a la Retención de Restos Placentarios en el Puerperio Inmediato, en el Servicio Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano durante el año 2012. Objetivo; determinar si la cesárea previa, legrado uterino y la paridad son factores de riesgo relacionados a la retención de restos placentarios. Metodología; Fue un estudio retrospectivo de casos y controles, que involucró 294 historias clínicas de puérperas del servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizan durante el año 2012. Resultados; durante el período de estudio, hubo 147 casos de retención placentaria de un total de 1498 atenciones puerperales, haciendo una incidencia de 9,81 %. Los factores de riesgo independientes asociados a la retención de restos placentarios incluidos fueron paridad mayor de dos (OR 1 ,96; [CI] 95% 1.20-3,21; p < 0,005), la edad gestacional >37 semanas (OR 3,00; [CI] 95% de 1,74 a 5,17; p de 0,00), la procedencia del parto extra hospitalario (OR 2,89; [CI] 95% de 2,38 a 3,5; p de 0,00) y el grado de instrucción (p de 0,000). El antecedente de cesárea y legrado uterino no eran significantes, con un p de 0,74 y 0,17 respectivamente, no constituyendo factores relacionados a la retención de restos placentarios. Conclusiones; la paridad mayor de dos es un factor de riesgo para la retención de restos placentarios en un embarazo posterior. Asimismo, la edad gestacional, la procedencia del parto y el grado de instrucción. Estos factores deberían ser tomados en especial consideración durante el curso de la atención a las gestantes”.

Gálvez M⁷ (Huancavelica; 2016) en su tesis “Factores Gineco-Obstétricos asociados a la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital de Pampas – Tayacaja. 2016. Objetivo. Determinar los factores Gineco-Obstétricos asociados a la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital de Pampas – Tayacaja. Método. La investigación fue analítica, observacional, retrospectiva. El nivel fue

explicativo. El diseño fue de casos y controles. Los casos fueron 80 puérperas que presentaron retención de restos placentarios registradas en el Hospital de Pampas Tayacaja, durante el año 2016; los controles fueron 240 puérperas que no presentaron retención de restos placentarios registradas en el Hospital de Pampas Tayacaja. Se utilizó Chi², corrección de Yates, Odds Ratio (OR) y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%). Resultados. Sobre los factores Gineco Obstétricos y la retención de restos placentarios, los grupos de edad, la modalidad de alumbramiento Duncan y el antecedente de cesárea tuvieron un Chi² menor a 3.84 (p-valor > 0.05); por lo cual no tuvieron asociación estadística. La primiparidad un OR = 2.58 (IC95%: 1.478 – 4.519), el alumbramiento dirigido mayor a 10 minutos un OR = 5.59 (IC95%: 3.092 – 10.127), el antecedente de aborto un OR = 3.57 (IC95%: 1.864 – 6.871), el antecedente de legrado uterino un OR = 4.39 (IC95%: 2.198 – 8.769). Conclusiones. Los factores de riesgo Gineco-Obstétricos asociados a la retención de restos placentarios fueron; la primiparidad, el alumbramiento dirigido mayor a 10 minutos, el antecedente de aborto y el antecedente de legrado uterino. El factor edad, el alumbramiento tipo Duncan y el antecedente de cesárea, no se asociaron con la retención de restos placentarios”.

Lazo A⁸ et al (Arequipa; 2016) en su investigación “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. Objetivo; Determinar los factores de riesgo de la retención de placenta y/o membranas ovulares en partos a término en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero a diciembre del 2015. Metodología: La presente investigación es de Casos y Controles, Retrospectiva y Transversal. Se trata de un estudio de nivel: Analítico y Relacional, en la cual se tuvo una muestra de 115 casos y 115 controles, mediante una ficha de recolección de datos se seleccionaron y revisaron las historias clínicas, para determinar la relación entre variables se utilizó la prueba chi cuadrado de independencia con un nivel de significancia del 5%. Resultados: Los partos vaginales a término atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante el año 2015 fueron el 45,5%, mientras que un 3,8% presentaron retención de placenta y/o membranas ovulares. Las mujeres con aborto previo tienen 2.69 más veces de riesgo de padecer retención de placenta y/o membranas ovulares con respecto a las que no tuvieron abortos. Las mujeres con enfermedad hipertensiva del embarazo tienen 4.80 más veces de riesgo de padecer retención de placenta y/o membranas ovulares. Las mujeres con ruptura prematura de membrana tienen 3.02 más veces de riesgo de padecer retención de placenta y/o membranas ovulares. Conclusiones: Las pacientes con Aborto previo, Enfermedad hipertensiva del embarazo y ruptura prematura de

membranas tienen mayor riesgo a presentar retención de placenta y/o membranas ovulares”.

Medina Y¹³ (Huancavelica; 2017) en su investigación sobre “Ruptura Prematura de Membranas y Retención de Restos Placentarios en Puérpera del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica, 2016. Objetivo; determinar la asociación que existe entre la Ruptura Prematura de Membranas y Retención de Restos Placentarios. Se quiso contrastar si la ruptura prematura de membranas se asocia significativamente con la retención de restos placentarios. Metodología; La investigación es de tipo sustantiva, correlacional, y método general inductivo, básico descriptivo. Se empleó el cuestionario de guía de análisis documental. Se recolectó 111 historias clínicas de púerperas atendidas con diagnósticos de RPM y RRP de los cuales sujetos a los criterios de exclusión e inclusión solo 70 HCL cumplieron los requisitos para el estudio, con una muestra de tipo censal. Resultados; fueron identificados, un 49% de púerperas atendidas con RPM del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia - Huancavelica 2016, quienes presentaron retención de restos placentarios, y un 51% de púerperas con ruptura prematura de membranas culminaron sin retención de restos placentarios. Conclusión; Existe asociación significativa entre la RPM y la RRP ($\chi^2 = 34,493$, $P < 0.05$). Habiendo una relación de 3 a 1 es decir por cada 03 púerperas con RPM 01 realizará RRP”.

Negreiros R¹⁴ (Trujillo; 2018) en su investigación “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. Objetivo; Determinar si la multiparidad, antecedentes de legrado uterino, parto prolongado y cesáreo previa son factores de riesgo asociados a retención placentaria en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco en los años 2015 al 2016. Metodología; se aplicó un diseño de casos y controles, fue un muestreo aleatorio simple con 40 casos clínicos de pacientes que tuvieron retención placentaria (casos) y 40 que no tuvieron retención placentaria (controles), el instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos a través del análisis documental (historias clínicas). Resultados; Los principales resultados fueron: Las pacientes con multiparidad el 75% presentaron retención placentaria y el 68% no presentaron. Así también en las pacientes con antecedente de legrado uterino el 25% presentaron retención placentaria y el 68% no presentaron. Observamos que de las pacientes con parto prolongado el 38% presentaron retención placentaria y el 25% no presentaron Y de las pacientes cesárea previa el 2.5% presentaron retención placentaria y el 15% no presentaron. Conclusión; que la multiparidad y el parto prolongado son factores de riesgo asociado a retención

placentaria (OR=1.444 - OR=1.80) respectivamente. Palabras clave: Multiparidad, antecedentes de legrado uterino, parto prolongado, Cesárea previa, retención placentaria”.

Zavaleta S¹⁵ (Trujillo – 2018) en su investigación “Multiparidad como factor de riesgo asociado a retención placentaria en gestantes del Hospital Belén de Trujillo. Objetivo; Determinar si la multiparidad es factor de riesgo asociado a retención placentaria en gestantes del Hospital Belén de Trujillo. Metodología; Se llevó a cabo un estudio de tipo analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. La población de estudio estuvo constituida por 136 gestantes; las cuales fueron divididas en 2 grupos: con retención placentaria o sin ella; se calculó el odds ratio y la prueba chi cuadrado. Resultados: No se apreciaron diferencias significativas en relación con las variables edad materna, edad gestacional y procedencia entre los pacientes con retención placentaria o sin ella. La frecuencia de multiparidad en gestantes con retención placentaria fue de $18/68 = 26\%$. La frecuencia de multiparidad en gestantes sin retención placentaria fue de $8/68 = 13\%$. La multiparidad es factor de riesgo para retención placentaria en gestantes con un odds ratio de 2.7 el cual fue significativo ($p < 0.05$). Conclusiones: La multiparidad es factor de riesgo asociado a retención placentaria en gestantes del Hospital Belén de Trujillo”.

Bedriñana K⁹ (Ayacucho; 2015) en su investigación sobre “Factores asociados a la retención de restos placentarios en parturientas del Hospital Regional de Ayacucho: Objetivo; evaluar los factores que se asocian a la retención de restos placentarios en parturientas atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho durante los años 2010 al 2015. Metodología; es un estudio del método descriptivo, retrospectivo de corte transversal. Resultados; hallados en la presente investigación fueron que de un total de 17,053 parturientas, 1,328 presentaron retención de restos placentarios, representando el 7,8% del total. Los factores relacionados a la retención de restos placentarios fueron la menor edad, la gran multiparidad, la rotura prematura de membranas, parto pre término, el mayor número de abortos y el alumbramiento espontáneo. Conclusión; El tema investigado permitió conocer los factores que están relacionados a la retención de restos placentarios, de manera que constituye una contribución al conocimiento de esta temática y que permitirá tomar acciones de prevención, buscando alternativas de solución que conlleven a la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad materna”.

2.2. Base teórica científica

2.2.1. Ultrasonografía en obstetricia

Según Ramírez y Arenas (2005):

El ultrasonido en obstetricia es un examen en tiempo real que se puede clasificar según la vía de uso en transabdominal y transvaginal; de acuerdo con la frecuencia del transductor, en ultrasonido de baja frecuencia (2-2,25 MHz), confiriendo una mejor penetración, y los de alta frecuencia (5-10 MHz), que brindan mejor resolución (capacidad de identificar objetos separados por una distancia mínima en forma aislada). Su elección dependerá del tipo de examen deseado y de las características de la paciente. Además, podemos clasificar la ecografía obstétrica según la cronología del embarazo, en ecografía del primer, segundo y tercer trimestre, o en el puerperio para la determinación de patologías propias de esta etapa. Otra forma de clasificar el ultrasonido obstétrico es dependiendo el tipo de examen a realizar. El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología refiere tres términos con respecto a la ecografía: la ecografía llamada estándar (básica), la ecografía limitada y la ecografía especializada o de detalle.

Agostini y Gonzales (2020) afirman que:

El ultrasonido representa una herramienta fundamental para el diagnóstico en ginecología y obstetricia. Múltiples estudios han demostrado en los últimos años que el ultrasonido junto con otras herramientas permite determinar el riesgo individual de varias patologías, en las que la valoración de riesgo tradicionalmente se ha establecido en base a criterios epidemiológicos. Esto es particularmente importante en obstetricia, en el caso del parto prematuro, preeclampsia, restricción de crecimiento intrauterino y malformaciones fetales, que son las principales causas de morbi mortalidad materna y fetal. Por otra parte, los avances tecnológicos, con la mayor resolución de los equipos de ultrasonido, han permitido un estudio en detalle del desarrollo embrionario y fetal y la posibilidad de diagnósticos cada vez más precisos y tempranos. Un punto que queremos resaltar en relación al estudio ecográfico de rutina en el embarazo es la importancia que tiene que la gestante conozca los objetivos, beneficios y limitaciones de la ecografía. Los esquemas propuestos para la aplicación del ultrasonido de rutina durante el embarazo son múltiples y varían en función de la disponibilidad de los recursos y accesibilidad.

Garrido (2010) afirma que:

La ecografía utiliza ondas de pulso cortas que se transmiten hacia el interior del cuerpo. La velocidad de propagación es constante para un tejido dado y no se afecta por la frecuencia o la longitud de onda del pulso. Cuanto más próximas estén agrupadas las moléculas, mayor es la velocidad del sonido. Por esto, en los tejidos biológicos la velocidad del sonido es mínima en los gases, más rápida en líquidos, más rápida todavía en tejidos blandos, y más rápida en el hueso. En los tejidos blandos se considera que la velocidad promedio de propagación es de 1540 m/s. Sistema estático en modo B, las primeras unidades bidimensionales unía un transductor en modo B a un brazo articulado que podía determinar la localización exacta y la orientación del transductor en el espacio. La distancia del reflector desde el transductor se obtenía convirtiendo el tiempo que tardaba el eco en regresar al transductor basándose en la velocidad del sonido en los tejidos blando (1540 m/s). Esto permitió localizar en dos dimensiones el origen del eco que regresaba. Posteriormente moviendo el transductor a lo largo del cuerpo del paciente se podía sumar una serie de líneas de información en modo B para producir una imagen bidimensional. Aunque el movimiento mecánico es suficientemente rápido como para producir imágenes en escala de grises en tiempo real, no es suficientemente rápido como para producir imágenes Doppler color en tiempo real, otra desventaja del transductor de sector mecánico es su zona focal fija, lo que hace que el operador tenga que cambiar a un transductor totalmente distinto para modificar la distancia focal.

2.2.2. La placenta

Negreiros (2018) enuncio:

Es un órgano transitorio, de estructura muy compleja, donde la circulación fetal y materna, establecen relaciones muy íntimas, que permiten intercambio de gases y sustancias nutritivas. La placenta humana pertenece al tipo hemocorial, por el contacto directo de las vellosidades coriales con la sangre materna, es vellosa; por desprenderse la decidua con la placenta después del parto y discoidea por su forma.

Agostini y Gonzales (2020) afirman que:

La placenta humana cumple desde funciones de transporte de nutrientes, respiración, y eliminación de desechos, hasta la función endocrina que alberga los efectos más importantes para la evolución y manutención de un embarazo normal, siendo una falla en dichas funciones, el desencadenante de patologías como la preeclampsia y el retraso en el crecimiento intrauterino (RCIU). Se destacan por su importancia hormonas como la gonadotropina coriónica humana (hCG), el lactógeno placentario humano (hPL), las hormonas tiroideas y las esteroideas, destacándose en estas últimas los mecanismos que se conjugan para su producción. Cabe destacar que, en cuanto a las funciones endocrinas, si bien la placenta produce algunas hormonas por

sí sola, no es órgano completamente independiente e involucra varios ejes hipotalámicos maternos para poder funcionar de una manera correcta, producir lo que se necesita, y contribuir a que la gestación llegue a un feliz término.

Características y microscopia de la placenta

Negreiros (2015) enuncia:

La placenta madura, al final del embarazo tiene las siguientes características:

- Aspecto: La placenta se asemeja a una torta., - Consistencia: Generalmente es la consistencia blanda., - Peso: El peso de la placenta oscila generalmente entre 400 y 600gr. La relación entre el peso de la placenta y el peso del feto será por lo tanto de 1/5 a 1/6. - Dimensiones: Sus dimensiones varían mucho de unos casos a otros. Por término medio, su diámetro oscila entre 13 y 20cm, y su espesor entre 2 y 6cm. Y - Caras: Presenta dos caras; cara fetal y materna.

Formación de la estructura placentaria

Según Rodríguez et al. (2014):

La placenta se forma durante las 3 primeras semanas de gestación, abarcando los procesos de preimplantación, implantación y decidualización, que preparan al organismo para realizar la diferenciación de membrana embrionaria y comenzar con la formación de las membranas placentarias. Lo primero que se necesita es un endometrio receptivo. El proceso se empieza a dar del día 20 a 24 del ciclo menstrual y se conoce como ventana de implantación. Luego sigue la preimplantación, llamada así debido a que el óvulo empieza a viajar a través de la trompa de Falopio hasta el útero, y la estructura endometrial sigue libre. En la fecundación se da la unión óvulo espermatozoide y se compone de 3 etapas: 1) segmentación, 2) blastulación, donde se diferencia la mórula hasta formar una estructura cavitaria llamada blastocito, cuya cavidad se denomina blastocelo, y está rodeado de un estrato celular (trofoblasto); y 3) gastrulación, donde hay anfimixis (unión de pronúcleo de óvulo y de espermatozoide), y comienzan los procesos para la formación de las 3 membranas embrionarias.

Rodríguez et al. (2014) afirman:

La diferenciación trofoblástica inicia cuando el trofoblasto (capa celular primaria), se diferencia rápidamente en 2 capas, el sincitiotrofoblasto y el citotrofoblasto. El sincitiotrofoblasto multinucleado desarrolla lagunas de las que proyectan algunas vellosidades del citotrofoblasto, luego el sincitiotrofoblasto se comprime progresivamente hasta convertirse en una capa que cubre la vellosidad y se separa la capa del citotrofoblasto (que se vuelve discontinua) de las lagunas, que se fusionan para formar el espacio intervelloso. A la par, las enzimas trofoblásticas ayudan a que se empiecen a generar ramificaciones vasculares para que llegue sangre materna, y las

células fetales mesenquimales invaden las vellosidades generando redes vasculares que conectan a las venas y arterias umbilicales. Por tanto, a pesar de estar estrechamente comunicadas, las circulaciones materna y fetal están separadas en áreas especializadas de transferencia. Las células del citotrofoblasto además invaden a las arterias espirales haciendo que la sangre que entra al espacio intervelloso, tenga una presión arterial menor que la normal. El sincitiotrofoblasto ayuda al intercambio de iones y nutrientes, además de la síntesis de hormonas esteroideas y otros péptidos necesarios para el crecimiento fetal.

2.2.3. Ultrasonido en el puerperio

Agostini y Gonzales (2020) afirman que:

El puerperio, tercer período del parto, comprende 6 a 8 semanas en la que se suceden cambios fisiológicos con respecto a tamaño y posición del útero, así como modificaciones en el endometrio y miometrio. Muchos de estos cambios normales pueden ser reconocidos ecográficamente. Resulta importante conocer el aspecto ecográfico normal del útero y anexos durante este período, para identificar hallazgos anormales en casos de una complicación puerperal. En este capítulo, en base a la evidencia actual, nos proponemos describir los hallazgos ecográficos normales, así como mencionar en forma breve alguna de las complicaciones más frecuentes durante este período.

Aspecto ecográfico del útero en el puerperio

Según Agostini y Gonzales (2020):

Aunque el útero fue uno de los primeros órganos en ser examinado por ultrasonido, la literatura acerca del aspecto normal durante el puerperio es limitada. Hay pocos datos acerca de la influencia de la paridad sobre la involución uterina, la lactancia, así como del peso al nacer. Hay evidencia confusa acerca de la presencia de gas, líquido o masas ecogénicas en la cavidad durante el puerperio normal. En el puerperio temprano se recomienda el abordaje transabdominal. Un útero grande no puede ser valorado correctamente por vía transvaginal. Si bien esta vía tiene mayor resolución, una longitud focal relativamente corta limita su uso durante la parte temprana y media del puerperio. Por el contrario, en el puerperio alejado, el útero se encuentra en la pelvis verdadera y está notablemente disminuido en tamaño. En estas ocasiones, el abordaje transvaginal es de elección. De todas maneras, debemos recordar que ambas técnicas son complementarias y no excluyentes.

2.2.4. Ultrasonografía en la retención de restos placentarios

Según Agostini y Gonzales (2020):

La retención de restos ovulares luego de un parto, es una preocupación para el Clínico Obstetra y siempre debe ser sospechada ante la persistencia de genitorragia excesiva y/o prolongada, dolor y la presencia de fiebre. Esta complicación puede ocurrir luego de un parto o cesárea. Los hallazgos ecográficos en esta complicación pueden ser similares que en aquellas pacientes que cursan con un puerperio normal. Debido a esto, es fundamental destacar que para una correcta interpretación de los resultados de la ecografía siempre debe considerarse el contexto y la evolución clínica de la paciente. Cómo se analizó, la presencia de contenido líquido endometrial es un hallazgo común durante ciertas etapas del puerperio, por lo que no es de ayuda para detectar la presencia de restos. Sin embargo, la presencia de una masa endometrial puede ser un indicador útil para identificar esta complicación. La sensibilidad de este hallazgo varía entre un 30 a 80%, con un valor predictivo positivo moderado (hasta 80%). La presencia de señal al Doppler color en una masa endometrial ha demostrado ser útil en identificar restos placentarios, con un valor predictivo positivo próximo al 96%. Si bien la presencia de flujo evidente al Doppler color mejora mucho la sensibilidad diagnóstica de la presencia de restos, su ausencia no permite descartar este diagnóstico.

2.2.5. Retención de restos placentarios

Según la INMP (2009):

Es la falta de una porción de la superficie materna de la placenta o presencia de desgarros de membranas, en una puérpera con sangrado variable que continua luego de 12 horas después del parto. Se produce con frecuencia entre las mujeres que tienen parto domiciliario y además, es una causa de morbilidad y mortalidad materna. Una de las razones detrás de esto es que, el manejo activo de la tercera etapa del parto es deficiente y una vez que se lleva a cabo, aumenta las posibilidades de hemorragia puerperal (HPP) y sepsis con independencia del lugar del parto. La retención de restos o partes de placenta o membranas puede resultar en atonía uterina, el cual inicialmente puede responder a uterotónicos, pero esta situación puede recurrir durante el puerperio inmediato. Tradicionalmente, los signos clínicos y los síntomas de la retención de restos como sangrado vaginal, fiebre y dolor abdominal fueron utilizados para el diagnóstico, pero la introducción de la ultrasonografía ha contribuido enormemente a la identificación de los restos placentarios. La ecografía pélvica desempeña un papel importante en determinar la fuente de sangrado anormal y es la primera opción de imagen, en evaluación para determinar retención de restos placentarios.

Diagnóstico de la retención de restos placentarios

Ramírez y Arenas (2005):

Se realiza a través de la revisión sistemática de la placenta tras el alumbramiento para comprobar la total integridad de éstas y sus membranas, observando ausencia de uno o más cotiledones. La hemorragia externa es inconstante y puede no guardar relación de intensidad directa con el tamaño del cotiledón retenido. el tacto intrauterino, que se llevara a cabo solo en caso de necesidad, confirma el diagnostico. La evolución clínica de la retención de cotiledones puede seguir varios sentidos: se desprenden y son expulsados de manera espontánea; con frecuencia origina hemorragias, a veces muy graves, posteriormente, durante el puerperio; en ocasiones sufren un proceso de desintegración a lo que se agregan infecciones por gérmenes ascendidos desde el canal, y otras veces se organizan en el útero y se transforman en pólipos que pueden o no expulsarse más tarde (pólipos placentarios).

2.2.6. factores maternos y gineco obstétricos asociados a la retención de restos placentarios

Edad

Para Alvarez et al. (2009):

Tiempo de años de existencia desde el nacimiento. El embarazo antes de los 20 y después de los 35 años, se asocia a un mayor riesgo materno y perinatal. El embarazo en menores de 20 años o embarazo adolescente, además del mayor riesgo biológico que implica, genera una situación de riesgo social la madre, el embarazo en mujeres de 35 años o más se asocia a un aumento del riesgo de presentar una serie de patologías propias de la gestación que traen como consecuencia una mayor probabilidad de muerte materna. Adolescentes, aquellas menores de 19 años, en la cual se adquiere la capacidad reproductiva, en el que transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y predominan los cambios físicos, psicológicos y sociales.

Paridad

Moreyra y Torres (2018) enuncian:

Clasificación de una mujer por el número de hijos nacidos vivos y fetos muertos con más de 500 gr. de peso o con más de 22 semanas de gestación. El útero va perdiendo su normalidad fisiológica, las fibras musculares disminuyen su elasticidad y contractilidad, por lo que en el parto y alumbramiento el útero se contrae con escasa energía produciéndose complicaciones de resistencia a nivel del cuello uterino, lo cual puede ser causa de retención placentaria, atonía uterina, desgarros de partes blandas.

Antecedente de aborto:

“Interrupciones anteriores ya sea espontanea o inducida del embarazo antes del que el feto haya alcanzado un grado suficiente de desarrollo como para poder sobrevivir fuera del útero” Agostini y Gonzales (2020).

Antecedentes de Legrado Uterino:

Según Agostini y Gonzales (2020):

Anterior evacuación del contenido uterino y raspado mensurado del endometrio. Al presentarse el aborto, las carúnculas y cotiledones no se encuentren lo suficientemente maduros como para llevar a cabo la expulsión normal de la placenta. Los excesos de raspado del contenido uterino pueden afectar la capa basal del endometrio, por lo que la placenta se adhiere directamente al miometrio presentándose diferentes grados de adherencia.

Cesárea uterina previa:

Ramírez y Arenas (2005):

Anterior procedimiento que se realizó al útero mediante incisión quirúrgico. Existe suficiente evidencia científica que la cesárea incrementa el riesgo de placentación anormal en futuros embarazos. Se ha descrito un riesgo mayor de placenta previa en aquellas pacientes con cesáreas previas, aumentando con el número creciente de cesáreas previas. El periodo intergenésico corto puede causar complicaciones en el mecanismo de expulsión de la placenta.

Trabajo de parto prolongado:

Según el INMP (2009):

Se considera trabajo de parto prolongado cuando han transcurrido más de 14 horas para una primigesta y más de doce horas para una multípara desde el inicio del trabajo de parto verdadero (4cm) hasta el nacimiento del producto. Hayashi y Masatoshi encontraron en úteros de pacientes histerectomizadas por Hemorragia posparto lesiones a nivel del musculo que presento desgarros de sus fibras y la consecuente incapacidad de contraerse adecuadamente en multíparas y en mujeres que tuvieron trabajo de parto prolongado.

Alumbramiento Dirigido:

Lazo y Franco (2016) afirman:

En el alumbramiento dirigido, la expulsión de los anexos ovulares se logra mediante la administración de sustancias de acción contráctil sobre el útero, en el momento de la expulsión de la cabeza o del hombro anterior fetal. El alumbramiento dirigido tiene por finalidad acelerar la expulsión placentaria y disminuir la hemorragia, para ello se requiere la elevación del tono y la frecuencia de las contracciones lo que se consigue con el uso de oxitócicos; pero es necesario recalcar que solo deben usar este método quienes conozcan bien la fisiología, la clínica del tercer periodo del parto además los fundamentos farmacológicos del empleo terapéutico de la droga en mención.

Ruptura prematura de membranas:

Según Lazo y Franco (2016):

La ruptura prematura de membranas se define como una solución de continuidad en las membranas ovulares que permite la salida del líquido amniótico después de la semana 22 de gestación y antes del inicio del trabajo de parto. Etiología de la ruptura prematura de membranas no ha sido aun claramente establecida, aunque se ha identificado algunos factores predisponentes que actuarían modificando la elasticidad de las membranas ovulares, las cuales en condiciones normales pueden soportar presiones hasta de 393 mm Hg. La frecuencia es de 16% a 21% en embarazos a término y 15% a 45% en el embarazo pre-término. Como consecuencia de una ruptura prematura de membranas esta una infección de amnios y corion (corioamnionitis). Otras complicaciones de la ruptura prematura de membranas son: Aborto, óbito fetal, endometritis, retención de membranas, retención de cotiledones, sepsis puerperal, hemorragia post parto.

Expulsivo Prolongado:

Moreyra y Torres (2020):

El periodo expulsivo, vendría a ser el segundo periodo del parto, este comienza inmediatamente después de la fase activa de primer periodo, es decir, cuando el cuello cervical ha alcanzado los 10 cm de dilatación y termina con la expulsión del feto. Este periodo se puede ver alterado por distintas razones: poca contractilidad uterina, pujos ineficientes los cuales pueden comprometer la salud del recién nacido y de la madre. Si el periodo expulsivo llegara a prolongarse, puede generar en la madre un agotamiento físico el cual expandiría mucho más el tiempo de este periodo. La duración de este periodo será aproximadamente: hasta 2 horas en caso de primíparas y hasta 1 hora en caso de multíparas. En caso de sobrepasar estas cifras estaríamos hablando de un periodo expulsivo prolongado con probable complicación, durante la expulsión del producto o después en el periodo de alumbramiento, esto también dependerá del proceso de descenso en caso de primíparas a los 30 min de no haber progreso en el descenso deberá evaluarse y aplicarse correctivos según protocolo.

Alumbramiento Prolongado:

Según Moreyra y Torres (2020):

Este periodo, empieza después de la expulsión del producto hasta la expulsión de la placenta, este periodo no debe durar más de 30 min. También llamado tercer periodo del trabajo de parto, aunque sea el último proceso del trabajo de parto puede complicarse de tal manera que comprometer la vida materna incluso días después de haber expulsado la placenta. Para un buen manejo de este periodo necesitaremos:

Prevenir posibles complicaciones y Detectar y evaluar los límites fisiológicos del alumbramiento. Actualmente contamos con el alumbramiento dirigido y manejo activo del tercer periodo de parto, es decir el uso de oxitócicos profilácticos para prevenir las posibles complicaciones de este periodo. Así mismo un estricto control de la hemorragia durante el alumbramiento y la P/A de la paciente indicarán un buen manejo de este periodo.

2.3. Definición de conceptos operativos

Ultrasonografía.

“Método de diagnóstico que se basa en el uso de ultrasonido (sonido de alta frecuencia, no audible), para evaluar las estructuras fetales y anexos ovulares durante la gestación” (Moreyra y Torres, 2020).

Factores de riesgo.

“Son los condicionantes, características o fenómenos que se le atribuye a desarrollar o incrementar la probabilidad de generar riesgos de morbilidad o mortalidad durante el embarazo, parto o puerperio” (Moreyra y Torres, 2020).

Cesárea Previa.

“Es un parto por vía alta realizado en embarazos anteriores a través de una cesárea, por indicaciones absolutas o relativas donde se realiza una incisión en la piel y en el útero en el hipogastrio del abdomen de la madre” (Moreyra y Torres, 2020).

Ruptura Prematura de membranas;

“Es la rotura de las membranas corioamnióticas antes del inicio del trabajo de parto, pero después de las 22 semanas de gestación” (Moreyra y Torres, 2020).

Expulsivo prolongado.

Moreyra y Torres (2020) enuncio:

Esta alteración del segundo periodo del parto se presenta cuando la duración de la misma se prolonga más de 45 minutos a 1 hora en caso de primíparas y hasta 30 minutos en caso de multíparas. En caso de incremento de estas cifras estamos frente a un periodo expulsivo prolongado con las consecuencias que genera durante la expulsión del feto o después en el periodo de alumbramiento.

Alumbramiento prolongado;

“Se presenta cuando el tercer periodo del parto dura más de lo normal de manera fisiológica lo cual es de 20 a 30 minutos y en casos de alumbramiento activo cuando dura más de 15 minutos” (Moreyra y Torres, 2020).

Alumbramiento dirigido.

Para Moreyra y Torres (2020):

Se realiza mediante tres componentes o pasos: 1) administración de un agente uterotónico, preferentemente oxitocina 10 U.I. por vía IM / IV, inmediatamente después del nacimiento del neonato; 2) tracción controlada del cordón umbilical (CCT) para el alumbramiento de la placenta; y 3) masaje en el fondo uterino después del alumbramiento de la placenta.

Edad Materna.

Según Moreyra y Torres (2020):

Son los años cronológicamente cumplidos a la primera consulta prenatal. El riesgo de padecer un sangrado vaginal severo está asociado a los factores demográficos de la madre así, las gestantes con una edad ≥ 30 años incrementan el riesgo de hemorragia. La atonía uterina, la placenta retenida y el trauma perineal se identifican como causas de la hemorragia uterina.

Paridad.

Para Moreyra y Torres (2020):

Se clasifica a una madre por la cantidad de hijos nacidos vivos y fetos muertos de más de 22 semanas de concebido. Es un factor de riesgo que se ha relacionado con la posibilidad de retención de restos placentarios debido a que las mujeres que ya no tienen la fuerza muscular ni la capacidad de contraerse adecuadamente en el alumbramiento. Estas pacientes tienen riesgo de 2.8 veces mayor de presentar episodios de hemorragias posparto en comparación con las pacientes de paridad menor.

Antecedente de aborto.

Según Moreyra y Torres (2020):

Son las pérdidas realizadas con antelación de la gestación ya sea esta inducida o espontánea antes de las 22 semanas de gestación; en la cual el feto todavía no ha logrado alcanzar un nivel adecuado de desarrollo para la supervivencia y adaptación al ambiente extrauterino.

Retención de restos placentarios.

Para Moreyra y Torres (2020):

Es la causa más frecuente de hemorragia puerperal y se diagnostica por la exploración encontrando el cuello entreabierto con útero involucionado. La retención del tejido placentario y membranas de la placenta es la causa de 5 a 10% de la hemorragia posparto.

Factores ginecobstétricos.

“Son las características obstétricas y ginecológicas que conllevan al desarrollo de una patología o distocia o cambio durante el embarazo parto o puerperio” (Moreyra y Torres, 2020).

El puerperio.

Según Moreyra y Torres (2020):

Es la etapa de la vida de la mujer que continua al parto. Inicia luego de la expulsión de la placenta y se prolonga hasta la recuperación anatómica y fisiológica de la mujer. Es una etapa de transición de duración variable, aproximadamente 6 a 8 semanas, en el que se inician y desarrollan los complejos procesos de la lactancia y de adaptación entre la madre, su hijo/a y su entorno.

2.4. Formulación de la hipótesis

Ho: Los factores Materno y Gineco-Obstétricos no tienen asociación estadística significativa con la retención de restos placentarios determinadas por ultrasonografía en púerperas del Centro de Salud de Belén durante los meses de agosto a octubre del 2021.

H1: Los factores Materno y Gineco-Obstétricos tienen asociación estadística significativa con la retención de restos placentarios determinadas por ultrasonografía en púerperas del Centro de Salud de Belén durante los meses de agosto a octubre del 2021.

2.5. Variables e indicadores

2.5.1. V1: Variable 1. Factores de riesgo:

Factores gineco-obstétricos:

- a) Cesárea previa
- b) Ruptura prematura de membranas
- c) Expulsivo prolongado
- d) Alumbramiento prolongado

Factores maternos:

- e) Edad
- f) Paridad
- g) Antecedentes de abortos

2.5.2. V2: Variable 2.

Púerperas con retención de restos placentarios determinado por ultrasonografía.

2.6. Operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición
Variable 1: Factores de riesgo				
▪ Factores Gineco-Obstétricos	Son las condiciones ginecológicas y obstétricas patológicas de la madre que condicionan una retención de restos placentarios.	Se obtendrán la información de las historias clínicas de las púerperas.	Cesárea previa	• Si • No
			RPM	• Si • No
			Expulsivo prolongado	• Si • No
			Alumbramiento prolongado	• Si • No
▪ Factores Maternos	Son las condiciones biológicas, orgánicas y fisiológicas de la madre que condicionan una retención de restos placentarios	Se obtendrán la información de las historias clínicas y registros de partos.	Edad	≤ 19 años 20-35 años ≥36 años
			Paridad	Primípara Multípara
			Antecedentes de abortos	• Si • No
Variable 2: Púerperas con Retención de Restos Placentarios				
Púerperas con retención de restos placentarios	Retención de fragmentos de membranas y de cotiledones	Revisión del diagnósticos de retención de restos placentarios en las Historias clínicas de las pacientes obstétricas y registro en la ficha de recolección de datos.	Diagnóstico de retención de restos placentarios haciendo uso de la ultrasonografía.	• Si • No

Capítulo III

Materiales y método

3.1. Tipo de investigación

Aplicada

3.2. Nivel de investigación

Descriptiva – Correlacional

3.3. Diseño de investigación

Cuantitativa no experimental

3.4. Método de estudio

Transversal, descriptivo y retrospectivo

3.5. Población y muestra

3.5.1. Universo o población

Todas las puérperas atendidas en el Centro de Salud de Belén durante los meses de agosto a octubre del 2021.

3.5.2. Muestra

Estuvo conformada por 30 puérperas con diagnóstico de retención de restos placentarios determinado por ultrasonografía atendidas en el Centro de Salud de Belén durante los meses de agosto a octubre del 2021.

3.6. Tipo de Muestreo

No probabilística intencional por conveniencia

3.7. Criterio de inclusión:

- a) Puérperas con diagnóstico de retención de restos placentarios.
- b) Puérperas con Informe Ecográfico.

3.8. Criterio de exclusión:

- a) Puérperas sin diagnóstico de retención de restos placentarios.
- b) Puérperas sin examen Ecográfico

3.9. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.9.1. Técnica:

- a) Revisión de Reportes Ecográficos e Historias Clínicas.
- b) Aplicación de la ficha de recolección de datos

3.9.2. Instrumentos de recolección de datos

- a) Reportes ecográficos
- b) Historias Clínicas
- c) Ficha de recolección de datos.

3.10. Procedimiento de la investigación

A través del Director de la Escuela de Posgrado de la UNSCH, se solicitó permiso a la Dirección del Centro de Salud de Belén, para poder realizar la recolección de datos en el servicio de Ecografía Obstétrica.

Se utilizó un ecógrafo de la marca Mindray con sonda (transductor) de tipo convexo (transabdominal) con un rango de frecuencia de 3.5 - 5 MHz modelo R7; este modelo de ecógrafo cuenta con muy alta resolución, usamos el transductor de tipo convexo porque su frecuencia es la apropiada para realizar un examen obstétrico por la profundidad de los ecos producidos.

Se recopilaron los datos del Informe ecográfico y de las Historias clínicas.

3.11. Procesamiento de datos

Una vez culminada con la recolección de datos, se procedió a procesar con el software estadístico STATA versión 17.0 (Statistical software for Data Science) con los cuales se construyeron las respectivas tablas estadísticas.

3.12. Análisis estadístico

La información se muestra en tablas estadísticas simples y compuestas de acuerdo con los objetivos establecidos. Para el análisis de datos se empleó la prueba estadística no paramétrica de Chi cuadrado de Pearson, con la finalidad de establecer la asociación o no de las principales variables de estudio. Se trabajó con un nivel de confianza al 95% y una significancia de $p < 0,05$.

Capítulo IV

Resultados

Tabla 1

Edad como factor de riesgo asociado a la retención de restos placentarios, determinado por Ultrasonografía en puérperas del Centro de Salud de Belén. Agosto – octubre 2021

Edad	Retención de restos placentarios				Chi-cuadrado de Pearson	
	Si		No		Valor	p
	N°	%	N°	%		
10 a 19 años	4	13.3%	6	20.0%	0,480	> 0,05
20 a 35 años	21	70.0%	22	73.3%		
≥ 36 años	5	16.7%	2	6.7%		
Total	30	100.0%	30	100.0%		

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla 1, se observa que el factor de riesgo edad, del 100% (grupo casos) de puérperas con retención de restos placentarios, el 70,0% (21) tuvo una edad de 20 a 35 años y del 100% (grupo control) de pacientes sin retención de restos placentarios, el 73,3% (22) también tienen de 20 a 35 años.

Sometidos los resultados a la prueba de Chi-cuadrado de Pearson no se encontró evidencia estadística ($p > 0.05$), lo que sugiere que no hay asociación entre la edad y la retención de restos placentarios; es decir independientemente de la edad se puede presentar la retención de restos placentarios.

Tabla 2

Paridad como factor de riesgo asociado a la retención de restos placentarios, determinado por Ultrasonografía en púerperas del Centro de Salud de Belén. Agosto – Octubre 2021

Paridad	Retención placentarios		de restos		Chi-cuadrado Pearson		de OR	IC 95%	
	Si		No		Valor	p		Inferior	Superior
Primípara	N° 7	% 23,3%	N° 10	% 33,3%	0,739	> 0,05	0,609	0,195	1,897
Múltipara	23	76,7%	20	66,7%					
Total	30	100,0%	30	100,0%					

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla 2, se observa que el factor de riesgo paridad, del 100% (grupo casos) de púerperas con retención de restos placentarios, el 76,7% (23) son múltiparas y el 23,3% (7) son primíparas; y del 100% (grupo control) de pacientes sin retención de restos placentarios, el 66,7% (20) son múltiparas y el 33,3% (10) son primíparas.

Sometidos los resultados a la prueba de Chi-cuadrado de Pearson no se encontró evidencia estadística ($p > 0.05$), lo que sugiere que no hay asociación entre la paridad y la retención de restos placentarios.

Se halló un Odds Ratio de 0.609 esto implica que la primiparidad es un factor protector de experimentar retención de restos placentarios. Sin embargo, dado que el intervalo de confianza incluye el valor 1, no podemos concluir que este factor protector sea estadísticamente significativo.

Tabla 3

Antecedente de aborto como factor de riesgo asociado a la retención de restos placentarios, determinado por Ultrasonografía en púerperas del Centro de Salud de Belén. Agosto – Octubre 2021

Antecedente de aborto	Retención placentarios		de restos		Chi-cuadrado Pearson		de OR	IC 95%	
	Si		No		Valor	p		Inferior	Superior
Si	N° 8	% 26,7%	N° 9	% 30,0%	0,082	> 0,05	0,848	0,276	2,612
No	22	73,3%	21	70,0%					
Total	30	100,0%	30	100,0%					

Fuente: ficha de recolección de datos

En la tabla 3, se observa que el factor de riesgo antecedente de aborto, del 100% (grupo casos) de púerperas con retención de restos placentarios, el 73,3% (22) no tienen

antecedente de aborto y el 26,7% (8) tienen antecedente de aborto; y del 100% (grupo control) de pacientes sin retención de restos placentarios, el 70,0% (21) no tienen antecedente de aborto y el 30,0% (9) tienen antecedente de aborto.

Sometidos los resultados a la prueba de Chi-cuadrado de Pearson no se encontró evidencia estadística ($p>0.05$), lo que sugiere que no hay asociación entre el antecedente de aborto y la retención de restos placentarios.

Se halló un Odds Ratio de 0.848, lo que implica que las púrpas con antecedentes de aborto son consideradas como un factor protector por presentar el OR menor a 1. Sin embargo, dado que el intervalo de confianza incluye el valor 1, no podemos concluir que este factor protector sea estadísticamente significativo.

Tabla 4

Cesárea previa como factor de riesgo asociado a la retención de restos placentarios, determinado por Ultrasonografía en púrpas del Centro de Salud de Belén. Agosto – Octubre 2021

Cesárea previa	Retención placentarios		de restos		Chi-cuadrado Pearson		de OR	IC 95%	
	Si		No		Valor	p		Inferior	Superior
Si	4	13,3%	3	10,0%	0,162	> 0,05	1,385	0,282	6,796
No	26	86,7%	27	90,0%					
Total	30	100,0%	30	100,0%					

Fuente: ficha de recolección de datos

En la tabla 4, se observa que el factor de riesgo cesárea previa, del 100% (grupo casos) de púrpas con retención de restos placentarios, el 86,7% (26) no tienen cesárea previa y el 13,3% (4) si tienen cesárea previa; y del 100% (grupo control) de pacientes sin retención de restos placentarios, el 90,0% (27) no tienen cesárea previa y el 10,0% (3) si tienen cesárea previa.

Sometidos los resultados a la prueba de Chi-cuadrado de Pearson no se encontró evidencia estadística ($p>0.05$), lo que sugiere que no hay asociación entre la cesárea previa y la retención de restos placentarios.

Se halló un Odds Ratio de 1.385, lo que sugiere que las púrpas con cesárea previa tienen aproximadamente 1.3 veces más probabilidades de experimentar retención de restos placentarios en comparación con aquellas sin cesárea previa. Sin embargo, dado que el intervalo de confianza incluye el valor 1, no podemos concluir que el factor de riesgo sea estadísticamente significativo.

Tabla 5

Ruptura prematura de membranas como factor de riesgo asociado a la retención de restos placentarios, determinado por Ultrasonografía en puérperas del Centro de Salud de Belén. Agosto – octubre 2021

Ruptura prematura de membranas	Retención placentarios		de restos		Chi-cuadrado Pearson		de OR	IC 95%	
	Si	No	Si	No	Valor	p		Inferior	Superior
Si	3	10,0%	3	10,0%	0,000	< 0,05	1,000	0,185	5,403
No	27	90,0%	27	90,0%					
Total	30	100,0%	30	100,0%					

Fuente: ficha de recolección de datos

En la tabla 5, se observa que el factor de riesgo ruptura prematura de membranas, del 100% (grupo casos) de puérperas con retención de restos placentarios, el 90,0% (27) no tienen RPM y el 10,0% (3) si tienen RPM; y del 100% (grupo control) de pacientes sin retención de restos placentarios, el 90,0% (27) no tienen RPM y el 10,0% (3) si tienen RPM.

Sometidos los resultados a la prueba de Chi-cuadrado de Pearson se encontró evidencia estadística ($p < 0.05$), lo que sugiere que hay asociación entre la ruptura prematura de membranas y la retención de restos placentarios.

Se halló un Odds Ratio de 1.000, lo que sugiere que las puérperas con ruptura prematura de membranas tienen aproximadamente la misma probabilidad de experimentar retención de restos placentarios en comparación con aquellas sin ruptura prematura de membranas. Además, el intervalo de confianza incluye el valor 1, lo que indica que no hay una diferencia significativa en las probabilidades de retención de restos placentarios entre ambos grupos.

Tabla 6

Expulsivo prolongado como factor de riesgo asociado a la retención de restos placentarios, determinado por Ultrasonografía en puérperas del Centro de Salud de Belén. Agosto – Octubre 2021

Expulsivo prolongado	Retención placentarios		de restos		Chi-cuadrado Pearson		de OR	IC 95%	
	Si	No	Si	No	Valor	p		Inferior	Superior
Si	1	3,3%	0	0,0%	1,017	> 0,05	1,034	1,569	2,637
No	29	96,7%	30	100,0%					
Total	30	100,0%	30	100,0%					

Fuente: ficha de recolección de datos

En la tabla 6, se observa que el factor de riesgo expulsivo prolongado, del 100% (grupo casos) de puérperas con retención de restos placentarios, el 96,7% (29) no tienen expulsivo prolongado y el 3,3% (1) si tienen expulsivo prolongado; y del 100% (grupo control) de pacientes sin retención de restos placentarios, el 100,0% (30) no tienen expulsivo prolongado.

Sometidos los resultados a la prueba de Chi-cuadrado de Pearson no se encontró evidencia estadística ($p>0.05$), lo que sugiere que no hay asociación entre el expulsivo prolongado y la retención de restos placentarios.

Se halló un Odds Ratio de 1.034, lo que sugiere que las puérperas con expulsivo prolongado tienen aproximadamente 1.034 veces más probabilidades de experimentar retención de restos placentarios en comparación con aquellas sin expulsivo prolongado.

Tabla 7

Alumbramiento prolongado como factor de riesgo asociado a la retención de restos placentarios, determinado por Ultrasonografía en puérperas del Centro de Salud de Belén. Agosto – Octubre 2021

Alumbramiento prolongado	Retención de restos placentarios		de		Chi-cuadrado de Pearson		OR	IC 95%	
	Si		No		Valor	p		Inferior	Superior
Si	2	6,7%	0	0,0%	2,069	> 0,05	2,142	1,587	2,704
No	28	93,3%	30	100,0%					
Total	30	100,0%	30	100,0%					

Fuente: ficha de recolección de datos

En la tabla 7, se observa que el factor de riesgo alumbramiento prolongado, del 100% (grupo casos) de puérperas con retención de restos placentarios, el 93,3% (28) no tuvieron alumbramiento prolongado y el 6,7% (2) si tuvieron alumbramiento prolongado; y del 100% (grupo control) de pacientes sin retención de restos placentarios, el 100,0% (30) no tuvieron alumbramiento prolongado.

Sometidos los resultados a la prueba de Chi-cuadrado de Pearson no se encontró evidencia estadística ($p>0.05$), lo que sugiere que no hay asociación entre el alumbramiento prolongado y la retención de restos placentarios.

Se halló un Odds Ratio de 2.142, lo que sugiere que las puérperas con alumbramiento prolongado tienen aproximadamente 2.142 veces más probabilidades de experimentar retención de restos placentarios en comparación con aquellas sin alumbramiento prolongado.

Discusión

En nuestra investigación, no encontramos una asociación significativa entre la edad de las puérperas y la retención de restos placentarios en el Centro de Salud de Belén, resultados similares hallado por Gálvez M.⁷ quien tampoco encontró una asociación estadísticamente significativa entre la edad y la retención de restos placentarios en el Hospital de Pampas - Tayacaja. Esto sugieren que la edad por sí sola puede no ser un predictor significativo de la retención de restos placentarios en las puérperas. Es fundamental considerar otros factores obstétricos y ginecológicos en la evaluación del riesgo de esta complicación.

El estudio de Cuestas H¹² et al. encontró que la paridad mayor de dos (OR 1,96; [CI] 95% 1.20-3,21; $p < 0,005$) es un factor de riesgo para la retención de restos placentarios, lo cual se asoció con un aumento del riesgo de retención de restos placentarios, en nuestro estudio se observa que la primiparidad tuvo una asociación no significativa con la retención de restos placentarios, mientras que la multíparas no presentaron una asociación significativa. La discrepancia en los resultados podría deberse a diferencias en las poblaciones estudiadas, los métodos de investigación utilizados y los contextos de atención médica.

En nuestra investigación, encontramos que el antecedente de aborto no mostró una asociación significativa con la retención de restos placentarios. Este resultado contrasta con el estudio de Lazo A⁸ et al., que encontró que las mujeres con antecedente de aborto tenían 2.69 veces más riesgo de padecer retención de placenta y/o membranas ovulares en comparación con aquellas que no tenían antecedentes de aborto. La discrepancia en los resultados podría deberse a otros factores no considerados en nuestra investigación que podrían haber influido en los resultados.

El antecedente de cesárea previa no se asoció con la retención de restos placentarios. Resultados que contrastan con el estudio de Negreiros R¹⁴ en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco. Quien reportó que solo el 2.5% de las pacientes con cesárea previa presentaron esta complicación. Estas diferencias podrían deberse a variaciones en las características de las pacientes, los métodos de recolección de datos o las prácticas clínicas entre los hospitales. Sin embargo, aunque nuestra investigación no identificó una asociación estadísticamente significativa, es fundamental reconocer que la cesárea previa sigue siendo un factor de riesgo relevante en la evaluación del riesgo obstétrico.

Nuestros resultados muestran una asociación significativa entre la ruptura prematura de membranas (RPM) y la retención de restos placentarios (RRP), según lo investigado por Medina Y¹³ en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de

Huancavelica en 2016. Con un Chi-cuadrado de 34.493 y un valor de $p < 0.05$, se concluyó que la RPM se asocia significativamente con la RRP. Esto significa que las mujeres que experimentaron RPM tienen una probabilidad tres veces mayor de desarrollar RRP en comparación con aquellas que no experimentaron RPM. La asociación entre la RPM y la RRP podría explicarse por los efectos adversos de una ruptura prematura de membranas en el proceso de parto, que pueden alterar la progresión natural del alumbramiento y aumentar la probabilidad de retención de restos placentarios.

Lazo A⁸ et al en su investigación también reportó que las mujeres con ruptura prematura de membrana tienen 3.02 más veces de riesgo de padecer retención de placenta y/o membranas ovulares.

En el estudio de Negreiros R¹⁴, se observó que el 75% de las pacientes con multiparidad presentaron retención placentaria, mientras que el 68% no presentaron esta complicación. Del mismo modo, el 38% de las pacientes con parto prolongado experimentaron retención placentaria, en comparación con el 25% que no la presentó. Estos hallazgos son respaldados por el Odds Ratio calculado en el estudio de Negreiros, que mostró una asociación entre el parto prolongado y la retención placentaria (OR=1.80). Estos valores de OR indican que las mujeres con parto prolongado tienen aproximadamente 1.80 veces más riesgo, en comparación con aquellas que no tienen estos factores de riesgo.

Este estudio subraya la importancia de identificar y manejar adecuadamente la multiparidad y el parto prolongado durante el trabajo de parto y el alumbramiento para prevenir la retención placentaria y sus posibles complicaciones asociadas. Los resultados resaltan la necesidad de una atención obstétrica cuidadosa y una vigilancia estrecha en pacientes con estos factores de riesgo.

Según el estudio de Gálvez M⁷, se observó que las puérperas que experimentaron alumbramiento prolongado presentaron una mayor prevalencia de retención de restos placentarios. Esto se evidencia en el Odds Ratio calculado, que mostró una asociación significativa entre el alumbramiento dirigido mayor a 10 minutos y la retención de restos placentarios (OR = 5.59, IC95%: 3.092 – 10.127).

El alumbramiento prolongado se ha identificado como un factor de riesgo significativo asociado a la retención de restos placentarios. Esta asociación sugiere que un período extendido entre el parto del bebé y la expulsión completa de la placenta aumenta la probabilidad de que ocurra una retención placentaria. Este fenómeno puede deberse a una disminución de la contractilidad uterina o a dificultades en la separación y expulsión de la placenta. La atención obstétrica debe prestar especial atención a la

duración del alumbramiento y considerar intervenciones para facilitar una expulsión placentaria oportuna y completa, minimizando así el riesgo de complicaciones asociadas con la retención de restos placentarios.

Conclusiones

1. Los resultados obtenidos confirman que los factores gineco-obstétricos como la cesárea previa y el alumbramiento prolongado son factores de riesgo ($OR > 1$) de manera significativa con la retención de restos placentarios determinado por ultrasonografía en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Belén.
2. El alumbramiento prolongado se relacionó significativamente con un mayor riesgo de retención de restos placentarios determinado por ultrasonografía, con un Odds Ratio de 2.142. Este resultado indica que las mujeres cuyo alumbramiento duró más de 15 minutos tienen aproximadamente 2 veces más probabilidades de retener restos placentarios en comparación con aquellas cuyo alumbramiento fue más breve.
3. La ruptura prematura de membranas es el único factor asociado ($p < 0,05$) a la retención de restos placentarios determinados por ultrasonografía.
4. No se encontró asociación estadística significativa ($p > 0,05$) con ninguno de los factores estudiados en la presente investigación; es decir independientemente de la edad, paridad, antecedente de aborto, cesárea previa, expulsivo prolongado y el alumbramiento prolongado se puede presentar la retención de restos placentarios.

Recomendaciones

1. Implementar programas de capacitación y actualización para el personal de salud del Centro de Salud de Belén sobre la identificación y manejo de los factores de riesgo asociados a la retención de restos placentarios, con el fin de mejorar la calidad de la atención obstétrica ofrecida a las puérperas.
2. Promover la realización sistemática de ultrasonografías obstétricas durante el embarazo y el posparto en el Centro de Salud de Belén, especialmente en mujeres con factores de riesgo conocidos, como antecedentes de cesárea previa o parto prolongado, para detectar de manera temprana la retención de restos placentarios y tomar medidas preventivas y terapéuticas oportunas.
3. Fomentar la interdisciplinariedad en la atención obstétrica, estableciendo protocolos de colaboración entre obstetras, médicos y otros profesionales de la salud en el Centro de Salud de Belén, para garantizar una evaluación integral y un abordaje adecuado de las mujeres con retención de restos placentarios.

Referencias bibliográficas

1. Instituto Nacional Materno Perinatal Maternidad de Lima. Guía Técnica de Ecografía Básica Obstétrica y Ginecológica. Lima – Perú, 2009.
2. Álvarez-Guerra González Elizabeth, Hernández Díaz Danay, Sarasa Muñoz Nelida Liduvina, Barreto Fiu Eduardo Eligio, Limas Pérez Yanet, Cañizares Luna Oscar. Biometría fetal: capacidad predictiva para los nacimientos grandes para la edad gestacional. AMC [Internet]. 2017 Dic [citado 2021 Mar 18] ; 21(6): 695-704. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552017000600003&lng=es.
3. Calle A, Barrera M y Guerrero A. Diagnóstico y manejo de la hemorragia posparto. Rev Per Ginecol Obstet. 2008; 54:233-243.
4. Goldman, A. R. (2009). Ultrasonografía Tocoginecológica. Rosario, Corpus Editorial. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/unsch/153086?page=36>.
5. Zanuttini, E. (2019). Temas de obstetricia (3a. ed.). Buenos Aires, Corpus Editorial. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/unsch/105483?page=48>.
6. Olivera KG. Características sociodemográficas y Obstétricas de Puérperas que presentaron retención en el Centro de Salud de El Tambo 2017 y 2018. [Tesis para optar el título de especialista en Emergencias y Alto Riesgo Obstétrico]. Huancavelica: Universidad nacional de Huancavelica; 2019.
7. Gálvez M. Factores Gineco-obstétricos asociados a la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital de Pampas – Tayacaja. 2016. [Tesis para optar el título de especialista en Emergencias y Alto Riesgo Obstétrico]. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica; 2019.
8. Lazo A y Franco 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. [Tesis para optar el título profesional de Licenciadas en Obstetricia]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2016.
9. Bedriñana K. Factores asociados a la retención de restos placentarios en parturientas del Hospital Regional de Ayacucho. 2010 – 2015. [Tesis para optar el título profesional de Obstetra]. Ayacucho: Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga; 2015.
10. Moreyra C y Torres M. Factores de riesgo Gineco-Obstétricos asociados a la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital de Apoyo de Cangallo

- “Juan Fukunaga Soyama”. 2016 – 2018. [Tesis para optar el título profesional de Obstetra]. Ayacucho: Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga; 2020.
11. Asturizaga P, Toledo Jaldin L. Hemorragia obstétrica. Revista Médica LaPaz. 2014;20(2):57-68.
 12. Cuestas Meneses, H S. et al Cesárea previa, Legrado Uterino y Paridad como Factores Relacionados a la Retención de Restos Placentarios en el Puerperio Inmediato. Servicio Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano durante el año 2012. Tesis Universidad Nacional de Huánuco. 2015.
 13. Medina Gómez, Y. “Ruptura Prematura de Membranas y Retención de Restos Placentarios en Puérpera del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica, 2016”. Tesis Universidad Nacional de Huancavelica. 2017.
 14. Negreiros Paredes, R E. “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”. Tesis Universidad César Vallejo. Trujillo - Perú, 2018.
 15. Zavaleta Valderrama, S. “Multiparidad como factor de riesgo asociado a retención placentaria en gestantes del Hospital Belén de Trujillo”. Tesis Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo – Perú, 2018.
 16. Sulca G y Vivar P. Edad materna mayor o igual a 35 años como factor de riesgo de retención de restos placentarios. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. Universidad San Pedro de Chimbote. Perú- 2019.
 17. Ramírez JA y Arenas J. Ultrasonido Obstétrico en la práctica clínica actual. Capítulo 22 En: Obstetricia Integral siglo XXI. Colombia;2005. <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/76135/9789584476180.22.pdf?sequence=11&isAllowed=y>
 18. De Agostini M y Gonzales j. Guías para la aplicación clínica del ultrasonido Obstétrico y Ginecológico. Unidad de Ecografía Ginecotocológica y Medicina Fetal. Uruguay, 2020.
 19. Y.M. Rodríguez-Cortés, H. Mendieta-Zerón. La placenta como órgano endocrino compartido y su acción en el embarazo normo evolutivo. Rev Med Inv. 2014; 2:28-34. 10.1016/S2214-3106(15)30025-X

Anexos

Anexo 1

Ficha de recolección de datos



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA
ESCUELA DE POSGRADO
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ECOGRAFIA OBSTETRICA Y MONITOREO FETAL
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nº de ficha: FECHA:

I. FACTORES MATERNOS

- | | |
|-----------------------------|------------------|
| a. Edad | b. Paridad |
| 1. 10 a 19 años () | 1. Primípara () |
| 2. 20 a 35 años () | 2. Multípara () |
| 3. ≥ 36 años () | |
| c. Antecedentes de abortos: | |
| 1. Si () | 2. No () |

II. FACTORES GINECO – OBSTÉTRICOS:

- | | |
|-----------------------------------|-----------|
| d. Cesárea Previa | |
| 1. Si () | 2. No () |
| e. Ruptura prematura de membranas | |
| 1. Si () | 2. No () |
| f. Expulsivo prolongado | |
| 1. Si () | 2. No () |
| g. Alumbramiento prolongado | |
| 1. Si () | 2. No () |
| k. Otro:..... | |

VARIABLE REFERIDO A LA INVESTIGACIÓN
RESULTADO ECOGRAFICO DE LA PUERPERA

- | | |
|--|-------------|
| 1. Puérpera con retención de restos placentarios | () Casos |
| 2. Puérpera sin retención de restos placentarios | () Control |



ESCUELA DE

POSGRADOUNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL
DE HUAMANGA**CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD 60-2024-UNSCH-EPG/OGH**

El que suscribe; responsable verificador de originalidad de trabajo de tesis de Posgrado en segunda instancia para la **Escuela de Posgrado – UNSCH**; en cumplimiento a la Resolución De Consejo Directivo N°109-2024-UNSCH-EPG/CD, Reglamento de Originalidad de trabajos de Investigación de la UNSCH, otorga lo siguiente:

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

AUTOR	Obst. Carmen Rosa SOTO CHUQUICAHUA
PROGRAMA DE PREGRADO VINCULADO A LA SEGUNDA ESPECIALIDAD	OBSTETRICIA
DENOMINACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD	SEGUNDA ESPECIALIZACION DE OBSTETRICIA EN ECOGRAFÍA Y MONITOREO FETAL
TÍTULO QUE OTORGA	TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ECOGRAFÍA OBSTETRICA Y MONITOREO FETAL
TÍTULO DE TESIS	Factores asociados a retención de restos placentarios, determinados por ultrasonografía en púerperas del Centro de Salud Belén. Agosto – Octubre 2021
EVALUACIÓN DE ORIGINALIDAD	20% de similitud
N° DE TRABAJO	2543000864
FECHA	06 de diciembre de 2024

Por tanto, según los artículos 12, 13 y 17 del Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación, es procedente otorgar la constancia de originalidad con depósito.

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

06 de diciembre de 2024.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN
CRISTÓBAL DE HUAMANGA
Escuela de Posgrado

Dr. Oscar Gutiérrez Huamani

CC.
Archivo
OGH

Factores asociados a retención de restos placentarios, determinados por ultrasonografía en puérperas del Centro de Salud Belén. Agosto – Octubre 2021

por Carmen Rosa SOTO CHUQUICAHUA

Fecha de entrega: 06-dic-2024 10:32a.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2543000864

Nombre del archivo: TESIS_CARMEN_ROSA.docx (224.71K)

Total de palabras: 11305

Total de caracteres: 62489

Factores asociados a retención de restos placentarios, determinados por ultrasonografía en puérperas del Centro de Salud Belén. Agosto – Octubre 2021

INFORME DE ORIGINALIDAD

20%

INDICE DE SIMILITUD

20%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

14%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

Submitted to Universidad Nacional de San
Cristóbal de Huamanga

Trabajo del estudiante

8%

2

repositorio.unsch.edu.pe

Fuente de Internet

4%

3

docplayer.es

Fuente de Internet

4%

4

repositorio.unh.edu.pe

Fuente de Internet

1%

5

revistas.uandina.edu.pe

Fuente de Internet

1%

6

1library.co

Fuente de Internet

1%

7

repositorio.ug.edu.ec

Fuente de Internet

<1%

8

apirepositorio.unh.edu.pe

Fuente de Internet

<1%



Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 30 words

Excluir bibliografía

Activo



ESCUELA DE

POSGRADOUNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL
DE HUAMANGA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA Y MONITOREO FETAL
RESOLUCIÓN DIRECTORAL N°00954-2024-UNSCH-EPG/D.

Siendo las 11:00 p.m. del 26 de noviembre de 2024 se reunieron en el auditorium de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, el Jurado Examinador y Calificador de Tesis, presidido por el **Dr. Oscar GUTIERREZ HUAMANI** Director (e) de la Escuela de Posgrado, el **Dra. Martha CALDERON FRANCO** Subdirector de la Segunda Especialidad en Ecografía Obstétrica y Monitoreo Fetal, e integrado por los siguientes miembros: **Dra. Martha Paulina INFANTE BEINGOLEA** y el **Mg. Osmar QUISPE ALANYA**; para la sustentación oral y pública de la tesis titulada: **FACTORES ASOCIADOS A RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS, DETERMINADOS POR ULTRASONOGRAFÍA EN PUÉRPERAS DEL CENTRO DE SALUD BELEN. AGOSTO – OCTUBRE 2021**. En la ciudad de Ayacucho del 2024 presentado por la **Obst. Carmen Rosa SOTO CHUQUICAHUA**. Teniendo como asesor al **Mg. Roaldo PINO ANAYA**.

Acto seguido se procedió a la exposición de la tesis, con el fin de optar el **TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA Y MONITOREO FETAL**. Formuladas las preguntas, éstas fueron absueltas por la graduanda.

A continuación, el Jurado Examinador y Calificador de Tesis procedió a la votación, la que dio como resultado el siguiente calificativo: DIECISIETE (17).

CALIFICACION (x)

Aprobado(a) por Unanimidad.	☒
Aprobado(a) por Mayoría.	☐
Desaprobado(a) por Unanimidad.	☐
Desaprobado(a) por Mayoría.	☐

(x) Marcar con aspa.

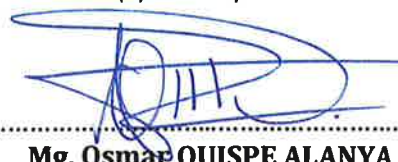
Luego, el presidente del Jurado recomienda que la Escuela de Posgrado proponga que se le otorgue a la **Obst. Carmen Rosa SOTO CHUQUICAHUA**, el **TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA Y MONITOREO FETAL**. Siendo las.....12:50.....hrs. se levanta la sesión.

Se extiende el acta en la ciudad de Ayacucho, a las.....12:50.....hrs. del 26 de noviembre de 2024.


.....
Dr. Oscar GUTIERREZ HUAMANI
Director(e) de la Escuela de Posgrado.


.....
Dra. Martha CALDERON FRANCO
Subdirectora (e) de la Especialidad de la EPG


.....
Dra. Martha Paulina INFANTE BEINGOLEA
Miembro.


.....
Mg. Osmar QUISPE ALANYA
Miembro.


.....
Dr. Jose ALARCON GUERRERO
Secretario Docente.

Observaciones:

.....
.....
.....