



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN - MANAGUA

## **Facultad de Ciencias Médicas**

### **Monografía para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía**

#### **“Caracterización de las pacientes con retención placentaria en el Hospital Primario Niños Mártires de Ayapal del Municipio San José de Bocay Jinotega durante 2020-2021”**

Autores:

- **Bra. Rossy Fernanda Sandoval Flores**
- **Br. Ángel Leonardo Suazo Calero**

Tutor Clínico

- **Dra. Ligna Zeledón**  
**Especialista en Ginecología y Obstetricia**

Tutor Metodológico:

- **Dr. Douglas Montenegro**  
**MSc. Epidemiología**  
**Docente-Investigador**  
**Facultad de Ciencias Médicas**  
**UNAN-Managua**

Managua, Enero 2021

## **Dedicatoria**

A Dios Todo Poderoso por darnos salud, sabiduría y la fuerza necesaria para recorrer el camino y guiar nuestros pasos para alcanzar una de nuestras grandes metas, por darnos la capacidad para realizar cada uno de nuestros sueños y seguir adelante.

A Nuestros Padres por darnos todo su amor, por creer en nosotros y por brindarnos toda su ayuda y apoyo incondicional en nuestra vida y en el transcurso de nuestra carrera, gracias a ustedes estamos cumpliendo una gran meta, la cual les dedicamos muy especialmente, gracias por todo les amamos.

A mi esposa que cada uno de mis días ha sido pilar, fuerza en esta travesía y a mi hijo Sebastián, que desde ya es parte de nuestras vidas.

A nuestros maestros que nos guiaron, nos dieron ánimo para seguir adelante y que han formado parte de nuestro crecimiento profesional.

## **Agradecimiento**

A Dios creador, por darnos la vida, salud y sabiduría para poder concluir exitosamente esta investigación.

A nuestros tutores, Dr. Douglas Montenegro y Dra. Ligna Zeledón, por su paciencia, sus consejos y apoyo como tutores de esta Tesis.

A mis compañeros (as) de estudios y docentes por compartir y ser piezas fundamentales en nuestro aprendizaje a lo largo de la carrera.

[Escriba aquí]

### **OPINION DEL TUTOR:**

La placenta es un órgano fundamental en el embarazo, ya que constituye la conexión vital entre el feto y la madre. Es el único órgano temporal en el cuerpo humano que se forma durante el embarazo y cumple una función específica durante la gestación. Posterior a la expulsión del feto durante el parto debería ser expulsada por el organismo, ya que su razón de ser, era servir al feto para nutrirlo y oxigenarlo y posteriormente no tiene ninguna función. Pero, en ocasiones, se produce un fenómeno poco frecuente pero peligroso: la retención de la placenta.

El diagnóstico de la retención de la placenta se realiza cuando se supera el tiempo considerado normal para la tercera etapa del parto (alumbramiento), y puede presentar como complicaciones: hemorragia postparto, shock hipovolémico, sepsis puerperal y muerte materna.

La incidencia de esta complicación es alrededor de 2-3% en Europa, llegando hasta un 10% en países en vía de desarrollo. Debido a la magnitud de las consecuencias que puede traer la retención de placenta y dado que puede ser una entidad prevenible al detectar las características propias que tiene cada paciente, es importante dirigir estudios que nos ayuden a crear técnicas para dar respuesta a las embarazadas.

En los últimos años se han desarrollado protocolos clínicos para el diagnóstico y manejo de las embarazadas que durante su parto se complican con retención de placenta en todos los países del mundo, Nicaragua no es la excepción, por esta razón considero que la tesis realizada sobre **“Caracterización de las pacientes con retención placentaria en el Hospital Primario Niños Mártires de Ayapal. Bocay. Jinotega. 2020-2021”**. tiene relevancia y pertinencia científica para el personal de salud interesado en la temática.

Los autores de este estudio son los bachilleres: **Ángel Leonardo Suazo Calero y Rossy Fernanda Sandoval Flores**, quienes demostraron durante la realización responsabilidad, ética y conocimientos sobre la temática. Por lo que, hago constar que el trabajo monográfico fue corregido de manera satisfactoria por mi persona y considero que cumple con los requisitos académicos requeridos para Optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía.

---

**Dra. Ligna Z. Zeledón Granera**

**Médico especialista en Ginecología Y Obstetricia.**

**Cod. 56333**

## **Resumen**

**Objetivo:** El objetivo del presente estudio, es describir las características de las pacientes con retención placentaria en el Hospital Primario Niños Mártires de Ayapal del Municipio de Bocay, Jinotega durante 2020-2021.

**Diseño:** La investigación realizada es de tipo descriptivo, de corte transversal, con una muestra de 39 expedientes, la información fue recogida a partir de la revisión de expedientes clínicos.

**Resultados:** Dentro de los resultados se identificó que el 80 % (31) corresponde a edades entre 16 -34 años. El 10 % de las pacientes (4) presenta como antecedente personal síndrome hipertensivo gestacional y el 38.5 % hipertensión arterial crónica como antecedente familiar patológico. En los antecedentes obstétricos, se encontró que el 46 % (18) de la población son multigestas, con un 97 % (38) de pacientes sin cesáreas previas, solo el 16.7 % (2) presentó el antecedente de legrado. Del total de pacientes el 41 % (16) no tiene controles prenatales y sólo el 20.5 % (8) cumplió con sus 4 controles prenatales. Un 72 % (28) del total de casos fueron partos domiciliarios y el 53.8 % (21) partos atendidos por partera. El 30% (12) cursa con hemorragia postparto donde el 58.5 % presenta shock hipovolémico clase III.

**Conclusiones:** Los casos que presentaron retención placentaria fueron en su mayoría edades de 16-35 años, sin controles prenatales previos, procedentes de zonas rurales y atendidas por partera

**Palabras claves:** Retención placentaria, extracción manual de placenta, San José de Bocay.

## Índice

<b>Dedicatoria</b> .....	
<b>Agradecimiento</b> .....	
<b>Resumen</b> .....	
<b>CAPÍTULO I. GENERALIDADES</b> .....	<b>1</b>
1.1    Introducción .....	1
1.2    Antecedentes .....	3
1.3    Justificación .....	5
1.4    Planteamiento del problema .....	7
1.5    Objetivos .....	8
1.6    Marco Teórico .....	9
<b>CAPITULO II. DISEÑO METODOLOGICO</b> .....	<b>24</b>
2.1.    Tipo de Estudio.....	24
2.2    Área de estudio .....	24
2.3    Universo y muestra .....	24
2.4    Criterios de inclusión y exclusión .....	24
2.5    Técnicas y procedimiento de recolección de la información.....	25
2.6    Plan de tabulación y análisis .....	26
2.7.    Enunciado de variables de variables .....	26
2.8.    Operacionalización de variables.....	28
2.9.    Aspectos éticos.....	34
<b>CAPITULO III. DESARROLLO</b> .....	<b>35</b>
3.1.    Resultados .....	35
CAPITULO III. DESARROLLO .....	35
3.1.    Resultados .....	35
3.2.    Análisis de los resultados. ....	37
3.3.    Conclusiones.....	41
3.4.    Recomendaciones .....	42
<b>CAPITULO IV. BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>43</b>
4.1.    Bibliografía .....	43
<b>CAPITULO V. ANEXOS</b> .....	<b>46</b>
Anexo 1. Ficha de recolección de la información.....	46
Anexo 2. Tablas .....	49

Tabla 1. Características Sociodemográficas de pacientes con retención placentaria en el Hospital  
Primario Niños Mártires de Ayapal del Municipio San José de Bocay Jinotega durante 2020-  
2021..... 49

## CAPÍTULO I. GENERALIDADES

### 1.1 Introducción

La mortalidad materna es un problema de salud pública, considerado como indicador del desarrollo socioeconómico de un país, por ende, es el reflejo de la calidad de atención de los servicios de salud, a nivel mundial se ponen en práctica múltiples esfuerzos dirigidos a disminuirla, sin embargo, en la actualidad sigue siendo un problema sin resolver para la población demandante de salud. (Sara, 2019)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), calcula que diariamente mueren en todo el mundo alrededor de 830 mujeres, por complicaciones relacionadas con el embarazo y parto. Las principales causas de las muertes maternas, se debieron a hemorragias postparto graves (75%) figurando entre ellas la retención placentaria. (OMS, 2021)

La retención placentaria, que según la normativa 109 se define como la ausencia de salida del canal del parto de la placenta por más de 15 minutos con manejo activo y 30 minutos sin manejo activo luego de producido el nacimiento. (MINSAL, 2018). Se ha calculado que 60% de las muertes maternas se producen posterior al nacimiento y, de ellas, 45% se produce en las primeras 24 horas de ocurrido el mismo. (CEPAL, 2017)

La retención de placenta ocupa un 33% de casos de hemorragia posparto a nivel internacional y un 10% a nivel nacional. Es por ello, que a nivel mundial y nacional se ponen en práctica esfuerzos dirigidos para disminuir esos porcentajes, sin embargo, continúa siendo un problema multifactorial para estudio en poblaciones de riesgo. (García, 2017)

En Nicaragua las complicaciones obstétricas, es uno de los pilares que en los últimos diez años se ha trabajado con el fin de mejorar la atención tanto materna como fetal, los protocolos y normas han permitido seguir lineamientos que garanticen manejos oportunos, completos, precoces y coherentes con la morbilidad materna. Nicaragua está entre los países de América Latina que tiene la tasa más elevada de muerte materna, siendo este un indicador de disparidad



socioeconómica, esta cuenta con una de las tasas más altas de la región nacidos vivos. (CEPAL, 2017)

Debido que la retención placentaria, representa una de las principales complicaciones obstétricas que pone en riesgo la vida de la madre, genera daños irreversibles, repercusiones económicas y demanda de la utilización de múltiples recursos, es necesario realizar estudios enfocados a dicha problemática. La retención placentaria, es una de las patologías que podrá reducirse con una adecuada prevención, por lo que resulta importante caracterizar las condiciones de riesgo que presentaron las pacientes atendidas en el Hospital Primario Niños Mártires de Ayapal de Jinotega en el periodo de tiempo de Abril 2020 a Abril 2021 con el objetivo de disminuir tanto la mortalidad materna como sus posibles complicaciones.

## 1.2 Antecedentes

### Antecedentes internacionales

Según Campos (2019) , en su estudio descriptivo de nombre "*Características sociodemográficas y obstétricas de puérperas que presentaron retención placentaria en el centro de salud de el tambo 2017 y 2018*" tiene como objetivo determinar las características de la población a través de la revisión retrospectiva de las pacientes puérperas, dicho estudio determina que en su mayoría las puérperas que presentaron retención placentaria fueron nulíparas, menores de edad, con controles prenatales completos y atendidas en centros asistenciales siendo la finalización vía vaginal.

Por otra parte, en los Países Bajos, realizó un estudio de cohorte nacional retrospectivo de nombre "*Tasa de incidencia y recurrencia de hemorragia posparto y extracción manual de placenta*". En este se utilizó una cohorte nacional vinculada longitudinalmente con información sobre partos únicos. Después de la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, se estudiaron 359, 737 mujeres. Un total de 5.4% de las mujeres experimentaron hemorragia posparto en el primer embarazo y 2.7% de las mujeres tuvieron una extracción manual de la placenta. El riesgo de hemorragia posparto en un embarazo posterior fue significativamente mayor en las mujeres con antecedentes de hemorragia posparto en comparación con las mujeres sin una complicación previa. El riesgo de extracción manual de la placenta en el segundo embarazo fue solo del 1,4% en mujeres sin una extracción manual previa en comparación con el 17% de las mujeres con una extracción manual previa de la placenta. Las mujeres a las que se les extrajo manualmente la placenta en el primer embarazo entre las 32 y las 37 semanas tenían mayor riesgo de recurrencia. (Ruiter, 2019)

### **Antecedentes nacionales**

A nivel internacional se han encontrado múltiples estudios basados en la caracterización de las pacientes que durante su parto presentaron retención placentaria, sin embargo, a nivel nacional no se encontraron estudios dirigidos a este tema sino a la caracterización de las pacientes con hemorragias posparto en donde se abordan todas las causas conocidas.

Según Ordeñana (2016) en su estudio “ *Factores de riesgo asociados a hemorragia post parto inmediato, en pacientes del servicio de labor y parto, hospital escuela César Amador Molina, Matagalpa Nicaragua, segundo semestre 2015*” se analizaron y correlacionaron poblaciones en riesgo quienes previamente presentaron hemorragia posparto, esto en contraste con mujeres sin complicaciones previas, dicho estudio determinó que el 10 % de los controles estudiados correspondían a retención placentaria en donde su totalidad de población hacía referencia a mujeres sin factores de riesgo previos.

### 1.3 Justificación

De acuerdo con Karlsson & Pérez Sáenz, (2009) la retención placentaria ocupa un 10% dentro de las causas de morbilidad por hemorragia postparto siendo esta una de las complicaciones obstétricas más temidas y que ocupa el segundo lugar de mortalidad materna a nivel nacional.

La retención placentaria, es frecuente en el municipio de Bocay, las pacientes que presentaron dicha complicación fueron atendidas en el Hospital Primario Niños Mártires de Ayapal, en donde se garantizó la primera atención; según los reportes establecidos por el área materno infantil del municipio, en el último año se estima que el 75% de las mujeres embarazadas que se atienden anualmente en la unidad primaria corresponden a pacientes de alto riesgo obstétrico.

La presente investigación se realiza, producto de que la retención de placenta comprende una de las complicaciones obstétricas más frecuentes, por ende, pone en riesgo la vida de las puérperas; por tal motivo, resulta importante identificar las características clínicas y obstétricas de puérperas con retención placentaria, con el objetivo de brindar una atención con enfoque de riesgo.

Este estudio permite identificar las características asociadas a retención placentaria en pacientes en las que previamente no se identificaron antecedentes Gineco-Obstétricos de relevancia y de los cuales no se esperaban complicaciones durante y posterior al parto, siendo esto una herramienta para el personal asistencial y administrativo que permita primero identificar situaciones de riesgo y posterior generar intervenciones oportunas y pertinentes sobre la atención prenatal que deriven a un nivel de atención más especializado, siendo el objetivo principal describir las características maternas que aumenten la probabilidad de retención placentaria.

Además, los resultados sirven como marco de referencia para futuras investigaciones que tengan la finalidad de mejorar la calidad de atención materna perinatal y como antecedentes válidos para investigaciones analíticas relacionadas con la temática planteada, siendo capaz de crear un nuevo instrumento para recolectar y analizar datos logrando en próximas investigaciones relacionar antecedentes perinatales actuales con complicaciones obstétricas prevenibles.

#### **1.4 Planteamiento del problema**

La mortalidad materna, es uno de los indicadores de desarrollo fundamentales en la evaluación de un sistema de salud, aportando datos que evalúan acceso, calidad de atención, justicia social e igualdad. Se estima que en el último año en el Hospital Primario Niños Mártires de Ayapal del municipio de Bocay se han reportado alrededor de 84 hemorragias obstétricas, de los cuales el 15 % corresponde a retención placentaria siendo esta una de las principales y más frecuentes complicaciones descritas en este centro hospitalario, sin embargo, es importante destacar que de las 6 muertes maternas del año 2020 ninguna correspondió a pacientes con retención placentaria.

Se han detallado antecedentes Gineco-Obstétricos y de gestación actual en mujeres que han presentado dicha complicación, sin embargo, en la mayor parte de la población atendida no se han identificado antecedentes Gineco-Obstétricos de relevancia materna. En su mayoría las pacientes con retención han progresado a múltiples complicaciones obstétricas, de esta forma la interrogante más importante que impulsa el proceso de investigación de este tema es:

**¿Cuáles son las características encontradas en pacientes con retención placentaria atendidas en el hospital primario niños mártires de Ayapal del municipio de Bocay en el período de abril 2020 hasta abril 2021?**

## 1.5 Objetivos

### **Objetivo General:**

- Describir las características de las pacientes con retención placentaria en el Hospital Primario Niños Mártires de Ayapal del Municipio de Bocay, Jinotega durante 2020-2021

### **Objetivos específicos:**

1. Caracterizar socio demográficamente la población en estudio.
2. Determinar los antecedentes patológicos personales y familiares de pacientes en estudio.
3. Indagar sobre los antecedentes Gineco-Obstétricos de mujeres que presentaron retención placentaria.
4. Describir los datos de gestación actual de pacientes en estudio.
5. Identificar las causas de retención placentaria en las pacientes en estudio.
6. Determinar la evolución clínica de las pacientes que presentaron retención placentaria.

## **1.6 Marco Teórico**

### **1.6.1. Generalidades de retención placentaria**

La retención de placenta, es una complicación de la tercera etapa del parto, con una incidencia del 2-3% y pueden ocurrir de diferentes formas, representa una emergencia obstétrica que pone en riesgo la vida de la madre, es importante destacar la importancia de esta complicación, tanto por su magnitud como por la existencia de herramientas disponibles para evitar o disminuir al mínimo su ocurrencia. (García, 2017)

Muchas de las causas de la mortalidad materna son fácilmente previsibles a un costo bajo. La prevención de la retención placentaria, así como la identificación de factores de riesgo son motivo de múltiples estudios de investigación, así como, revisiones bibliográficas.

### **1.6.2. La placenta**

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 es un órgano altamente especializado que sirve de conexión entre la madre y el feto, desde la implantación hasta su separación definitiva durante el alumbramiento. La multiplicidad de funciones de la placenta la convierte en un órgano complejo, conocido solo en parte y que en un modo general desarrolla tres aspectos funcionales bien definidos.

#### ✓ Funciones de barrera:

El concepto de la placenta como una barrera física al paso de sustancias se basa en interposición de distintas membranas entre la sangre materna, que alcanza el espacio intervilloso y la sangre que circula en el capilar fetal vellositario.

#### ✓ Función de transporte e intercambio:

El paso de sustancia de la madre al feto o a la inversa puede realizarse por los siguientes mecanismos: difusión simple, difusión facilitada, transporte activo, pinocitosis y fagocitosis. Paso directo por solución de continuidad de la membrana placentaria, mecanismos semejantes al de otras membranas epiteliales.



✓ Función endocrina:

La placenta produce en cantidades considerables, tanto hormonas proteicas (hormona gonadotrofina coriónica y lactógeno placentario), como hormonas esteroides (estrógenos y progesterona). La capacidad de síntesis por parte de la placenta sugiere que probablemente estas hormonas desempeñan un papel importante en mantener la gestación y en favorecer el crecimiento y desarrollo del feto.

✓ Función inmunológica:

Las células placentarias invasoras expresan un antígeno único, HLA-G, que la madre no identifica como extraño. Otros antígenos exclusivos y la supresión inmunitaria local contribuyen a impedir el rechazo de la unidad feto-placentaria. (Alejandra, 2016)

### **1.6.3. Parto**

Es la expulsión de uno o más fetos con un peso igual o mayor a 500 gramos o mayor a las 22 semanas y sus anexos. Es el procedimiento para asistir el nacimiento de un niño/a vivo/a de un feto muerto por medios manuales instrumentales o quirúrgicos. (Salud, 2020).

### **1.6.4. Periodos del parto**

#### **Primer periodo**

- ✓ Borramiento y dilatación del cuello uterino:

El primer período de parto tiene como finalidad dilatar el cuello uterino. Se produce cuando las contracciones uterinas empiezan a aparecer con mayor frecuencia, aproximadamente cada 3-15 minutos, con una duración de 30 segundos o más cada una y de una intensidad creciente. Las contracciones son cada vez más frecuentes y más intensas, hasta una contracción cada dos minutos y producen el borramiento o adelgazamiento y la dilatación del cuello del útero, lo que permite denominar a este período como período de dilatación. (Schwartz, 2006)

La duración de este periodo es variable según si la mujer ha tenido trabajos de parto anteriores (en el caso de las primerizas hasta 18 horas) y se divide en: fase latente, fase activa y fase de desaceleración. La etapa termina con la dilatación completa (10 centímetros) y borramiento del cuello uterino. (Schwartz, 2006)

#### **Segundo periodo**

- ✓ Descenso y expulsión del feto:

Es el tiempo que transcurre desde que finaliza la dilatación hasta que sale el feto a su exterior. Es el paso del recién nacido a través del canal del parto, desde el útero hasta el exterior, gracias a las contracciones involuntarias uterinas y a poderosas contracciones abdominales o pujos maternos. En el período expulsivo o segundo período distinguimos dos fases: la fase temprana no expulsiva, en la que la dilatación es completa, y no existe deseo de pujar ya que la presentación fetal no ha descendido y la fase avanzada expulsiva, en la que, al llegar la parte fetal al suelo de la pelvis, se produce deseo de pujo materno. (Schwartz, 2006)

### **Tercer periodo:**

Salida de los anexos fetales ( placenta y membranas). Es el periodo comprendido entre el nacimiento y la expulsión de la placenta. En este lapso la placenta se separa de su inserción y se expulsa junto a las membranas.

En este periodo, se producen la mayoría de las hemorragias graves, que representan una de las principales causas obstétricas directas de muerte materna, estas muertes evitables se producen principalmente donde no están garantizadas las condiciones obstétricas y neonatales esenciales para atención del parto. (Schwartz, 2006)

Este periodo comprende cuatro etapas:

- ✓ El desprendimiento de la placenta
- ✓ El desprendimiento de las membranas
- ✓ Descenso
- ✓ Expulsión

#### **A. Desprendimiento de la placenta**

Tan pronto como el feto se desprende del útero se retrae para adaptarse a su menor contenido. No obstante todavía la placenta permanece un tiempo (algunos minutos) adherida a él. Pero a continuación del nacimiento sobre la retracción señalada se agregan fuertes contracciones rítmicas, que no son, sino continuación de las del parto, sin interrupción y similares a ellas en intensidad y frecuencia: esta actividad contráctil, es el motivo fundamental del desprendimiento de la placenta. El continúa contrayéndose con las mismas características que durante el parto. Las contracciones de una intensidad de alrededor de 50 mm Hg y una frecuencia que varía entre 3 y 5 cada 10 minutos ejercen presión sobre la placenta. (Schwartz, 2006)

Esta actividad es la que determina el desprendimiento y descenso de la placenta. No se precisan más de dos o tres contracciones para obtener este efecto. El tiempo que se demora oscila entre 4 y 8 minutos, con un término de 6 minutos. Este tiempo es denominado tiempo corporal. (Schwartz, 2006)

A pesar de su potencia, las contracciones descritas son indoloras, por estar ausentes en ellas la distensión y la isquemia prolongada, motivo por el cual no son apreciadas clínicamente. Las contracciones acortan el sector de pared uterina sobre el que está implantada; pero al no tener esta el mismo índice de retractibilidad que la pared sobre la que se asienta (8 tejidos de distinta estructura) no puede acompañarla paralelamente en el cortamiento, y la pared solo logra continuar este proceso de retracción y acortamiento desgarrando las trabéculas y los vasos que la unen a la placenta<sup>1</sup>. Por lo tanto las contracciones constituyen el agente fundamental del desprendimiento. (Baskett, 2013)

Posteriormente interviene otro mecanismo para colaborar en el proceso de separación. La rotura de los vasos durante el desprendimiento produce un hematoma interuteroplacentario cuyo crecimiento intensifica excéntricamente el proceso de disección: la placenta recoge entonces esta sangre y se invierte conteniendo en su concavidad este hematoma, el que por su peso termina arrastrando el resto de la misma aun no desprendido, así como membranas circundantes. Este desgarro de las trabéculas y de los vasos es el mecanismo íntimo fundamental del desprendimiento. Parecen intervenir también ciertos procesos macrobióticos que se desarrollan a nivel de esta estructura trabecular (necrosis de coagulación, degeneración hialina y adiposa, calcificación). (Schwartz, 2006)

El plano de desprendimiento de la placenta asienta en la capa más superficial de la esponjosa de tal modo la parte profunda de esta permanece fija en la decidua, mientras que su parte superficial sale adherida a la superficie de los cotiledones y aparece sobre estos como una membrana de color grisáceo brillante, de aspecto barnizado, que recubre toda la cara materna de la placenta.

El mecanismo por el que puede desprender la placenta se verifica de dos maneras distintas:

✓ **Baudelocque- Schultze**

La placenta inicia su desprendimiento en el centro de la zona de inserción con la consiguiente hemorragia, esta, al intensificarse se convierte en el hematoma retroplacentario, que termina de desprender la placenta invirtiéndola y alojándose en su concavidad; la placenta así desprendida y empujada por el hematoma descrito es expulsada al exterior por la cara fetal, y tras ella la acumulación de sangre del citado hematoma retroplacentario. Toda la pérdida sanguínea del alumbramiento se producirá al final, salvo que antes haya podido labrarse un camino disecando el plano existente entre la decidua y las membranas. (Begley C, 2012)

✓ **Baudelocque- Duncan**

Se cumple al iniciarse el desprendimiento en el borde de la placenta y extenderse hacia el centro de la misma; al expulsarse aparecerá primero el borde de la placenta. La pérdida sanguínea será notoria desde que se inicia el desprendimiento, antes de la expulsión. (Begley, 2015)

## **B. Desprendimiento de las membranas**

Las membranas se desprenden por idéntico proceso. Las contracciones del útero que sobrevienen, al accionar sobre un tejido distinto lo hacen de tal manera que pliegan primero las membranas y las desprenden después, finalmente, el mismo peso de la placenta, en su descenso terminará de desprenderlas por simple tironeamiento. El proceso finaliza luego de expulsada la placenta que aun cuelga de las membranas no completamente desprendidas. (Schwartz, 2006)

## **C. Descenso de la placenta**

Desprendida la placenta, esta desciende del cuerpo al segmento y de aquí a la vagina, lo que ocurre en parte porque continua cierta actividad contráctil del útero y mayormente por el peso de la misma placenta, la que arrastra a las membranas invirtiéndolas desde las superficies de inserción cercanas al borde placentario. La atonía vaginal por el parto reciente hace que en este tramo la placenta suela quedar detenida algún tiempo. (Marshall J, 2014)

## **D. Expulsión de la placenta**

Posteriormente pueden presentarse dos situaciones:

- a) Lo absolutamente normal es que se repitan algunos pujos y estos, con el agregado del peso de la placenta y el hematoma retroplacentario terminen la expulsión placentaria hasta el exterior.
- b) La placenta desprendida y descendida a la vagina continua allí alojada, por lo que es menester extraerla de la misma con ayuda manual (alumbramiento manual).  
(Marshall J, 2014)

### **1.6.5. Retención placentaria**

Es la no expulsión de la placenta después de 15 minutos con manejo activo o 30 minutos sin manejo activo del tercer periodo de parto tras la salida del feto. (MINSAs, 2018). La retención placentaria puede producirse por adherencia total o parcial en aquellos que no poseen una capa de decidua interpuesta con el miometrio, es decir sin plano de separación entre la placenta y la pared uterina. (García, 2017)

La placenta retenida es una causa frecuente de hemorragia puerperal temprana (la segunda en incidencia después de la atonía), pero en ocasiones la placenta es expulsada y quedan retenidos cotiledones de una placenta normal o succenturiata. Estos restos placentarios adheridos al útero producen una interferencia mecánica con la función contráctil del miometrio, que ocasiona un cuadro similar a la atonía uterina. (Muñoz., 2016)

### **1.6.6. Factores de riesgo para retención placentaria**

#### **Multiparidad**

Se asocia a un riesgo más elevado de retención placentaria. La explicación de este hallazgo se puede encontrar en el hecho de la retracción de la fibra miometrial. En el parto y el alumbramiento el útero se contrae con escasa energía (inercia). Constituye un factor de riesgo muy importante, relacionándose estrechamente con la morbimortalidad materna, pues el útero va perdiendo su normalidad fisiológica, las fibras musculares disminuyen su elasticidad y contractilidad, por lo que, durante el parto y alumbramiento, el útero se contrae con escasa energía produciéndose complicaciones a nivel del cuello uterino, lo cual puede ser causa de retención de placenta o de restos placentarios entre otros. (Bedriñana Muñoz, 2017).

#### **Infecciones**

Corioamnionitis: Es una infección en la cual microorganismos, usualmente bacterias, llegan y se multiplican en la cavidad amniótica.

La corioamnionitis clínica es la inflamación aguda de las membranas placentarias (amnios y corion) de origen infeccioso que se acompaña de la infección del contenido amniótico (feto, cordón y líquido amniótico). Es causa importante de morbilidad materna y fetal, incluyendo retención parcial o total de placenta y membranas ovulares. (Alejandra, 2016)

#### **Legrado uterino**

Generalmente un endometrio alterado por inflamación o por traumatismo previo (legrado) puede generar alteraciones en la placentación. El hecho es que la placenta se implanta sobre una decidua basal defectuosa o ausente por lo que la vellosidad corial crece poniéndose en contacto directo con la pared muscular uterina. Así se establece entre la placenta y el miometrio fuertes puentes conjuntivos y no existe el plano de clivaje formado por la decidua, que es necesario para que la separación se produzca normalmente. (Schwartz, 2006)

## **Cesárea anterior**

La razón de este aumento es, que la sección que se realiza en la cesárea siempre deja una cicatriz en la superficie interna del útero (endometrio), la cual puede ser delgada en esta zona. En un embarazo posterior, esta área puede convertirse en el sitio de la placentación invasiva con el consecuente riesgo de retención placentaria. (Muñiz Rizo Milagros, 2015)

### **1.6.7. Clasificación**

- **Retención parcial**

Con cierta frecuencia no es toda la placenta, sino uno o varios cotiledones, lo que queda retenido. En la mayoría de los casos ello obedece a la realización de maniobras intempestivas durante el alumbramiento, tales como expresiones apresuradas o tironeamientos desde el cordón. También ocurre como resultado de alumbramientos manuales incompletamente realizados y ante la existencia de cotiledones aberrantes (placenta succenturiada) o adherencias anormales. (Schwartz, 2006)

- **Retención total**

Hace referencia a la retención total de la placenta y sus membranas posterior al nacimiento del feto, dicha retención esta explicada a través de mecanismos fisiopatologías asociados a distocias dinámica y anatómicas que limitan o dificultan la



### **1.6.8. Mecanismos de retención placentaria**

**Distocias de la dinámica:** Se debe a la insuficiencia de la contractibilidad uterina (inercia) o a las contracciones perturbadas por los anillos de contracción.

- **Inercia**

Hace referencia a un cuadro caracterizado por una actividad contráctil insuficiente para desprender o expulsar la placenta. Sus causas pueden ser de orden general o local. Entre las primeras se destaca el uso abusivo de drogas sedantes; entre las segundas, las malformaciones congénitas, la distensión exagerada de la fibra muscular uterina -como ocurre en el hidramnios o en el embarazo gemelar-, la degeneración de esa misma fibra muscular (multiparidad, obesidad, fibromatosis del útero), el agotamiento de la actividad contráctil del útero después de partos prolongados o difíciles, y la infección amniótica.

El proceso revela el siguiente cuadro: ausencia del dolor característico que anuncia el desprendimiento o la expulsión de la placenta, disminución de la consistencia que le corresponde al útero en este periodo, aumento de su volumen por acumulación de sangre en su interior, y hemorragia externa cuando el desprendimiento es parcial. Si la adherencia de la placenta a la pared es completa, este último signo no se observa. (Schwartz, 2006)

- **Anillos de contracción**

Los anillos de contracción se deben a la contractura de una zona circular del útero. Pueden aparecer sin una causa evidente que los justifique (esenciales), pero en la gran mayoría de los casos obedecen a una inadecuada aceleración del desprendimiento placentario (masaje intempestivo del útero o incorrecta administración de drogas oxitócicas, en especial las derivadas del cornezuelo de centeno). Se pueden producir en distintos sectores del órgano: en un cuerno, en todo el segmento inferior o bien en toda la zona que constituye el límite entre éste y el cuerpo. La causa de la hemorragia podría residir en el hecho de que la placenta, retenida por encima del anillo y parcialmente desprendida, impide que el útero se retraiga y comprima los vasos abiertos. (Schwartz, 2006)

## **Distocias anatómicas**

Consideran la adherencia anormal de la placenta como el hecho de la implantación sobre la decidua basal defectuosa o ausente por lo que la vellosidad corial crece poniéndose en contacto directo con la pared muscular uterina. (García, 2017) . Así, se establecen entre la placenta y el miometrio fuertes puentes conjuntivos, y no existe el plano de clivaje formado por la decidua, que es necesario para que la separación se produzca normalmente. Este proceso puede ser total, y abarcar toda la superficie de la placenta, o parcial, cuando toma sólo algunos sectores. (Schwartz, 2006)

Según la profundidad de adherencia de la placenta, se clasifica:

- **Placenta Acreta**

Invasión anormal de una parte o de la totalidad de la placenta a nivel del endometrio, sin que las vellosidades coriales penetren en el miometrio. Corresponde al 80% de los casos. La incidencia de la placenta acreta va en aumento debido al mayor número de cesáreas realizadas. Cuando el útero no presenta cicatriz la incidencia de acretismo es del 5%. Si existe cesárea previa la incidencia aumenta al 10%, dos cesáreas 40%, 3 cesáreas 61% y 4 a más 67%. (Marshall J, 2014)

- **Placenta Increta**

Invasión profunda al miometrio de las vellosidades coriales sin compromiso de la serosa, esta corresponde al 15%. (García, 2017)

- **Placenta Percreta**

Cuando la vellosidad atraviesa el miometrio y alcanza la serosa peritoneal en ocasiones puede penetrar a órganos vecinos como vejiga y recto. (García, 2017)

Es importante mencionar que, aunque en nuestro estudio no se toman en cuenta los grados de adherencia de placenta es importante mencionarlos con el fin de dar a conocer a los investigadores sobre otras causas de retención placentaria en los que directamente el manejo de finalización fue disímil al de estudio.

### **1.6.9. Diagnóstico**

El periodo placentario de parto requiere vigilancia y cuidados especiales. Por su evolución silenciosa pueden pasar inadvertidos hechos muy graves que suelen comprometer la vida de la madre. (Schwartz, 2006)

En el periodo placentario patológico se destaca la retención de placenta el cual se diagnostica cuando se supera el tiempo considerado como normal para la tercera etapa del parto en los diferentes manejos (activo o no). La retención placentaria que según la normativa 109 se define como la ausencia de salida del canal del parto de la placenta por más de 15 minutos con manejo activo y 30 minutos sin manejo activo luego de producido el nacimiento. (MINSA, 2018)

### **1.6.10. Tratamiento**

El tratamiento se plantea ante las tres siguientes situaciones:

**A. La placenta se encuentra totalmente adherida:** En estos casos, como se ha señalado, la hemorragia está ausente, y por ello debe procederse en primer término a una expectación suficiente de media hora. Al término de este período debe recurrirse sucesivamente a masajes externos del útero y al uso de oxitócicos, ambos procedimientos para reactivar la contractilidad, y ante el fracaso de las medidas anteriores, al alumbramiento artificial manual.

#### **a) La extracción manual de placenta**

Es un acto de emergencia que el profesional de salud realiza para tratar la retención de la placenta y la hemorragia postparto causada por esta. Se define como la ausencia de salida del canal del parto de placenta por más de 15 minutos con manejo activo y 30 minutos sin manejo activo luego de producido el nacimiento.

#### **Contraindicaciones**

- ✓ Acretismo placentario.
- ✓ Falta de capacitación del personal de salud para realizar el procedimiento.
- ✓ Falta de condiciones físicas y de insumos para realizar el procedimiento.

## **Complicaciones**

- ✓ Cuando no se ha identificado apropiadamente el acretismo y se procede a realizar la extracción placentaria se produce una hemorragia masiva que puede llevar al choque y a la muerte.
- ✓ Inversión uterina.

## **Condiciones para el procedimiento**

- ✓ Consentimiento informado, debido a que en ocasiones el procedimiento no se realiza en condiciones de analgesia profunda, la mujer puede percibir dolor y molestia, por lo cual es importante explicarle cómo se realizará el procedimiento y especialmente, cuáles van a ser dichas molestias. Los familiares deben estar informados de la complicación que ocurre y si es posible firmar un consentimiento escrito a nombre de la paciente.

## **Elementos claves para extracción manual de placenta retenida**

- ✓ Canalizar con bránula número 14 o 16 o de mayor calibre y estabilizar hemodinámicamente (soluciones o sangre).
- ✓ Administrar oxitocina.
- ✓ Tome muestra de sangre (Hematocrito y Hemoglobina) y prepare para hacer pruebas cruzadas y trasfudir sangre total si es necesario.

## **Analgesia**

- ✓ Si tiene condiciones para una anestesia general de urgencia practicarla, si no hacer sedación con 10 mg de diazepam diluidos en 10 ml de agua destilada y pasar IV lento.

## **Antibióticos**

Administre una dosis única de antibióticos profilácticos:

- ✓ Ampicilina 2 g IV más metronidazol 500 mg IV.
- ✓ Cefazolina 1 g IV más metronidazol 500 mg IV.
- ✓ Si hay signos de infección, administre antibióticos.
- ✓ Ampicilina 2 gr IV cada 6 horas.

- ✓ Gentamicina 5 mg/ Kg. de peso IV cada 24 horas (160mg IV diario).
- ✓ Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas.
- ✓ Si existe fiebre 72 horas después de dar inicio a los antibióticos reevalúe a la paciente y revise el diagnóstico.

### **Procedimiento**

Sostenga el cordón umbilical con una pinza. Con una mano, hale el cordón umbilical con delicadeza hasta que quede paralelo al piso. Provisto de guantes largos que lleguen hasta el codo estériles, introduzca la otra mano en la vagina y hacia arriba dentro de la cavidad uterina. Suelte el cordón umbilical y mueva la mano con la que lo sostenía hacia arriba por encima del abdomen para sostener el fondo del útero y ejercer una contracción durante la remoción para prevenir la inversión uterina. (Schwartz, 2006)

Mueva los dedos de la mano dentro del útero lateralmente hasta ubicar el borde de la placenta. Si el cordón umbilical fue desprendido previamente, introduzca una mano en la cavidad uterina. Explore toda la cavidad hasta que detecte una línea de división entre la placenta y la pared uterina, desprenda la placenta del sitio de implantación manteniendo los dedos firmemente unidos y utilizando el borde de la mano para establecer gradualmente un espacio entre la placenta y la pared uterina. Prosiga lentamente alrededor de todo el lecho placentario hasta que la placenta entera se separe de la pared uterina. (Schwartz, 2006)

Si la placenta no se separa de la superficie del útero mediante un movimiento lateral suave de las yemas de los dedos en la línea de división, sospeche una placenta acreta y proceda con una laparotomía y posible histerectomía total o subtotal dependiendo de las condiciones de la paciente. Sostenga la placenta y retire lentamente la mano del útero, arrastrando con ella la placenta, con la otra mano, continúe aplicando contracción al fondo del útero, empujándolo en sentido opuesto al de la mano que se está retirando. Palpe el interior de la cavidad uterina para asegurarse de que ha extraído todo el tejido placentario. (Schwartz, 2006)

Administrar oxitocina 20 unidades en 1 litro de líquidos IV (solución salina normal o lactato de Ringer) a razón de 60 gotas por minuto. Se debe dar masaje el fondo del útero

para estimular la contracción uterina tónica. Si posteriormente hay sangrado profuso continuo, administre ergometrina 0.2 mg IM. Se debe examinar la superficie uterina de la placenta para asegurarse de que está íntegra. Si falta algún lóbulo o tejido placentario, explore la cavidad uterina para extraerlo. (Schwartz, 2006)

### **Atención después del procedimiento**

Se debe observar a la mujer estrechamente hasta que haya desaparecido el efecto de la sedación, con monitoreo de los signos vitales (pulso, presión arterial, respiración) cada 30 minutos durante las 6 horas siguientes o hasta que la mujer esté estable. Además, se deberá palpar el fondo del útero para asegurarse que continúa contraído para detectar si hay una cantidad excesiva de loquios, continuar con la infusión de líquidos intravenosos con oxitocina por 6 horas más. Transfundir según la necesidad. (MINSA, 2018)

- b) **La maniobra de Credé**, método en la actualidad no recomendado, consiste en la expresión continua y sostenida del fondo del útero, de modo de hacer salir la placenta como el carozo de un fruto. Los graves inconvenientes planteados por esta maniobra (desprendimientos incompletos con retención de cotiledones, inversión y hasta rotura del útero y shock) han determinado que en el momento actual esté proscrita. (Schwartz, 2006)

**B. La placenta está parcialmente desprendida:** En este caso la hemorragia es casi habitual y debe procederse de acuerdo con la gravedad de la misma. Si es leve se puede recurrir al masaje o a los oxióticos, pero si apremia se efectuará el alumbramiento manual. (Schwartz, 2006)

**C. La placenta está desprendida y retenida en el útero, y sólo resta su expulsión al exterior.** Esta situación autoriza a la expresión del útero y a suaves tracciones del cordón: se combatirá la inercia ulterior logrando la salida total o parcial de la placenta y sus anexos. (Schwartz, 2006)

## **CAPITULO II. DISEÑO METODOLOGICO**

### **2.1. Tipo de Estudio**

Según el alcance del estudio y nivel de profundidad, el tipo de estudio es descriptivo, de prevalencia (Sampieri, 2014). Según la secuencia en el tiempo, de corte transversal siendo la relación cronológica de los hechos retrospectiva con enfoque cuantitativo.

### **2.2 Área de estudio**

El estudio se llevó a cabo en el servicio de ginecología del Hospital Primario Niños Mártires de Ayapal del municipio de San José de Bocay departamento de Jinotega, lugar en donde se ha concretado el manejo primario de la mayoría de complicaciones obstétricas del municipio. Es de mencionar que dicha unidad cuenta con especialistas de la rama, así como con quirófano único para el abordaje de cesáreas o procedimientos quirúrgicos obstétricos de emergencia.

### **2.3 Universo y muestra**

El universo estará conformado por el total de púerperas con diagnóstico de retención placentaria atendidas en el HPNMA, siendo la muestra el 100% de las pacientes con ese diagnóstico.

### **2.4 Criterios de inclusión y exclusión**

#### **Criterios de inclusión**

- Pacientes con parto vía vaginal atendidas en el Hospital Primario Niños Mártires de Ayapal.
- Pacientes atendidas durante el periodo 2020-2021.
- Todas las pacientes que cuenten con expediente completo.

#### **Criterios de exclusión**

- Todas las pacientes con parto vía cesárea atendidas en el Hospital Primario Niños Mártires de Ayapal.
- Pacientes con diagnóstico previo de inserción anormal de placenta.
- Pacientes sin expedientes completos, o con letra ilegible.

## 2.5 Técnicas y procedimiento de recolección de la información

**Fuente de información:** Secundaria, a través de la revisión del expediente clínico.

**El instrumento:** Ficha de observación o de recolección de datos.

El instrumento de recolección de datos se elaboró acorde a las características sociodemográficas y obstétricas observables en la historia clínica de las puérperas que presentaron retención placentaria en el Hospital Primario Niños Mártires de Ayapal período 2020-2021.

Una vez realizados todos los pasos descritos para la extracción de la esencia de lo expresado, se apoyará en el análisis de los resultados, por medio de la utilización del instrumento analítico cuantitativo digital, conocido como IBM SPSS Statistic V20.0, mientras, el procesamiento manual de datos, se realizó por medio de fichas de análisis en Excel.

El trabajo investigativo, fue elaborado y procesado en el programa de computo Microsoft Office Word 2007, para Window 8.0, de acuerdo a un cronograma de trabajo previamente establecido, en este programa, se redactarán las bases previas de la recolección de información teórica referente al tema de investigación, la cual servirán de guía para la búsqueda de los resultados, los cuales se incluirán una vez recopilados, como un informe, en los apartados correspondientes del mismos, así como las conclusiones y las recomendaciones en base a los objetivos y los resultados obtenidos del análisis cuantitativo de los datos.

La información referente al tema de la investigación, como los datos recolectados en las diferentes fases del proceso investigativo, son siempre validadas, verificadas y retroalimentadas por el Tutor Metodológico cualitativo asignado a la investigación. Finalmente, la información recolectada y analizada, se utilizó para terminar de definir el Trabajo de *Caracterización de las pacientes con retención placentaria en el Hospital Primario Niños Mártires de Ayapal del Municipio San José de Bocay Jinotega durante 2020-2021*; dicho documento es convertido a formato PDF para ser entregado en CD Marca



Maxell-RW con capacidad de 700 MB, junto con la presentación en PowerPoint y la Base de Datos armada en Excel.

## **2.6 Plan de tabulación y análisis**

La información recolectada se introdujo en una base de datos previamente diseñada en el programa estadística SPSS V20.0. El análisis de las variables categóricas se reporta por medio de frecuencia y porcentajes, se elaboraron gráficos de barras y diagrama de sectores.

Cada una de las variables se introdujo en la base de datos de acuerdo al orden del instrumento de recolección de la información; luego de analizar cada una de las variables de forma independiente, posteriormente se procedió a realizar los cruces de variables correspondientes.

## **2.7. Enunciado de variables de variables**

### **❖ Caracterizar socio demográficamente a la población en estudio.**

- Edad
- Escolaridad
- Estado Civil
- Religión
- Etnia
- Procedencia
- Ocupación

### **❖ Determinar los antecedentes patológicos personales y familiares de pacientes en estudio.**

- Antecedentes patológicos personales
- Antecedentes patológicos familiares

❖ **Indagar sobre los antecedentes Gineco obstétricos de mujeres que presentaron retención placentaria.**

- Parto
- Gestas
- Cesárea
- Aborto
- Legrado.

❖ **Describir los datos de gestación actual de pacientes en estudio.**

- Controles prenatales
- Captación prenatal
- Lugar de atención del parto
- Personal que asistió el parto

❖ **Identificar las causas de retención placentaria en las pacientes en estudio.**

- Formación de anillo de contracción
- Atonía uterina
- MATEP (Manejo activo del III periodo del parto)

❖ **Determinar la evolución clínica de las pacientes que presentaron retención placentaria.**

- Extracción manual de placenta
- Hemorragia posparto
- Atonía uterina
- Histerectomía
- Shock Hemorrágico de origen obstétrico

## 2.8. Operacionalización de variables.

➤ **Caracterizar socio demográficamente a la población en estudio.**

<b>Variable</b>	<b>Concepto</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala/Valor</b>
Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta la fecha del estudio.	Años cumplidos	≤ a 15 años 16-34 años ≥ 35 años
Escolaridad	Nivel académico aprobado en un centro de enseñanza.	Nivel académico logrado	Analfabeta Primaria Secundaria Técnico Universitario
Estado Civil	Situación legal del encuestado en relación a convivencia con su pareja.	Situación legal	Soltero Unión libre Casado Viudo Divorciado
Religión	Son conjunto de creencias religiosas de normas de comportamiento y ceremonias de un determinado grupo.	Creencias y religión	Católico Evangélico Testigo de Jehová Otros
Etnia	Conjunto de personas que comparten rasgos culturales, lengua, religión, música, vestimenta y comúnmente un territorio.	Raíces culturales e intelectuales	Mayagna Miskita Mestiza
Procedencia	Lugar donde reside la paciente	Área de vivienda	Urbano Rural

Ocupación	Actividad laboral que desempeña diariamente la paciente remunerada o no	Actividad laboral diaria	Ama de casa. Estudiante Otros
-----------	---	--------------------------	-------------------------------------

- **Conocer los antecedentes patológicos personales y familiares de pacientes en estudio.**

Variable	Concepto	Indicador	Escala/ Valor
Antecedentes personales patológicos	Investiga las enfermedades que a padecido el paciente desde la infancia hasta la actualidad y de preferencia que tengan alguna posible relación con el padecimiento actual	Tipo	Tuberculosis pulmonar Diabetes Hipertensión Preeclampsia Eclampsia Anomalía congénita Cardiopatías Infertilidad Cirugía genito urinaria Nefropatía Violencia Enfermedad inmunológica VIH
Antecedentes personales no patológicos	Se indaga los datos del paciente relacionados con sus hábitos según en el medio en el que se relaciona	Tipo	Tuberculosis pulmonar Diabetes Hipertensión

			Preeclampsia Eclampsia Anomalía congénita Cardiopatías Infertilidad Cirugía genito urinaria Nefropatía Violencia Enfermedad inmunológica VIH
--	--	--	--

- **Indagar sobre los antecedentes Gineco obstétricos de mujeres que presentaron retención placentaria.**

<b>Variable</b>	<b>Concepto</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala/Valor</b>
Gestas	Número de gestaciones previas, sin incluir el embarazo actual	Numero	Primigesta Multigesta Granmultigesta
Partos	Expulsión del feto y sus anexos	Número de paras	Nulípara Multípara
Cesárea	Parto vía abdominal.	Número de cesáreas	1 2 3 4
Perdidas recurrentes	Antecedente de expulsión del feto antes de las 22 semanas de gestación o menor de 500 gramos en 2 o más ocasiones.	Presencia	Si/ No

Legrado	Procedimiento quirúrgico que consiste es un raspado de la mucosa con el fin de eliminar tejido del útero o del endometrio utilizando una legra	Número de legrados	1 2 3 4
Antecedentes de hemorragia posparto en embarazos anteriores	Presencia de HPP según los datos consignados en la historia clínica.	Presencia	Si No

➤ **Describir los datos de gestación actual de pacientes en estudio.**

<b>Variable</b>	<b>Concepto</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala/Valor</b>
4to Control	Cumplimiento de 4 controles prenatales.	Existencia	Si/ No
Captación Prenatal	Edad gestacional durante el primer control prenatal	Edad gestacional al momento de la captación	Temprana Tardía Ausente
Lugar de atención del parto	Lugar donde se llevó a cabo la atención del parto	Tipo	Institucional Domiciliar
Personal que atendió el parto	Personal encargado de la atención inmediata del parto	Personal encargado del parto	Partera Auxiliar de enfermería Enfermera Médico en formación Médico general Gineco Obstetra Otros

➤ **Identificar las causas de retención placentaria en las pacientes en estudio.**

<b>Variable</b>	<b>Concepto</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala/Valor</b>
Causas de retención placentaria	Causas más frecuentes que producen retención placentaria.	Presencia en expediente clínico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formación de anillo de contracción</li> <li>• Atonía uterina</li> <li>• Aplicación incorrecta del MATEP</li> </ul>

- **Determinar la evolución clínica de las pacientes que presentaron retención placentaria.**

<b>Variable</b>	<b>Concepto</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala/Valor</b>
Evolución clínica	<p><b>Extracción manual de placenta:</b> extracción manual de placenta luego de 15 minutos con manejo activo y 30 minutos sin manejo activo</p> <p><b>Hemorragia posparto:</b> Perdidas Hemáticas mayor a 1000 ml. Sintomatología referida sin necesidad de perdidas hemáticas considerables. Disminución del Hto en 10% con respecto al previo</p> <p><b>Atonía uterina:</b> Incapacidad del útero de contraerse posterior al alumbramiento</p> <p><b>Histerectomía:</b> Extracción del útero por intervención quirúrgica.</p> <p><b>Shock hemorrágico:</b> Síndrome secundario a la perdida aguda del volumen circulante con incapacidad cardiorrespiratoria y baja disponibilidad de oxígeno para cumplir necesidades tisulares</p>	Presencia en expediente clínico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemorragia posparto</li> <li>• Atonía uterina</li> <li>• Histerectomía</li> <li>• Shock Hemorrágico de origen obstétrico</li> </ul>



## **2.9.Aspectos éticos**

El estudio se basó en la revisión de expedientes, guiado bajo los criterios de Belmont y Helsinki, los cuales son pautas para la protección de los seres humanos en la investigación, basado en tres principios: Respeto por las personas; los individuos están sujetos a protección; Beneficiencia; Procurar el máximo de beneficios y el mínimo daño posible y Justicia. (Manzani, 2015).

## CAPITULO III. DESARROLLO

### 3.1. Resultados

Dentro de la población en estudio se encontró que el 80 % (31) de las pacientes que presentaron retención placentaria correspondía a edades entre 16 -34 años, un 12.8 % (5) menores o iguales a 15 años y un 8 % (3) mayores e iguales a 35 años. A nivel educativo un 82 % (32) cursó con primaria incompleta, 43% (17) del total de población no presentó ningún tipo de formación académica y el 18 % (7) formación secundaria. (Ver anexo tabla 1)

En estado civil el 35.9 % (14) estaban en unión libre, el 38.46 % (15) solteras y el 25.6 % (10) casadas. Con respecto a religión el 71.79 % (28) de la población eran evangélicos, el 20.51 % (8) católicos y el 7 % (3) de otras religiones. El 80% (31) hace referencia a población mestiza y en un 20% (8) zonas especiales de comunidades Mayagnas y Miskitas. El 100% (31) de la población correspondía a zonas rurales. (Ver anexo tabla 1)

El 80% (31) de las pacientes no tienen antecedentes patológicos personales, del porcentaje de pacientes que presentan antecedentes patológicos personales, el 50 % (4) hace referencia a pacientes con síndrome hipertensivo gestacional, en menor frecuencia diabetes con un 25% (2), asma y cardiopatía en un 12.5% (2). Dentro de los antecedentes patológicos familiares la hipertensión arterial crónica es la enfermedad que destaco con un 55.5 % (15). (Ver anexo tabla 2)

El 46% (18) de la población en estudio corresponde a pacientes multigestas, un 30% (12) a pacientes gran multigestas y el 23 % (9) a mujeres primigestas. A la vez 97% (38) son pacientes sin cesáreas previas, solo un caso fue reportado en la revisión de los expedientes. El 23 % (9) de las pacientes tienen antecedente de aborto, el 10% (4) de legrado, el 5 % (2) antecedentes de hemorragia posparto y el 2.5 % (1) antecedentes de retención placentaria. (Ver anexo tabla 3)

El 41 % (16) no tiene un control prenatal previo, el 38.4 % (15) captación tardía y el 20.51 % (8) presento captaciones tempranas, solo el 20.5 % (8) cumplió con sus 4 controles prenatales; se observa también que del total de partos el 72% (28) corresponde a partos domiciliarios y el 28.2 % (11) a institucionales. (Ver anexo tabla 4)

El mayor porcentaje de causas de retención placentaria corresponde al 80% (31) de casos aplicación incorrecta del MATEP, siendo en menor proporción la hipodinamia uterina en un 15.3 % (6) y la formación del anillo de contracción en un 5.13 % (2). Dentro del porcentaje de pacientes que presento retención placentaria, los partos fueron atendidas por partera en un 53.8% (21), por brigadista en un 17.9% (7), medico servicio social y general el 25.6 % (10), especialista en un 2 % (1). (Ver anexo tabla 5)

En relación al número de casos reportados en la evolución clínica del paciente se encontró que el 30 % (12) corresponde a casos en los que estas presentaron unicamente extracción manual de placenta, un 30 % (12) presento hemorragia posparto, poco menos del 18 % (7) curso sin ninguna complicación y en un 20 % (8) cursaron con atonía uterina; ninguna paciente necesito histerectomía. Es importante destacar que del total de los casos de HPP el 58.6 % (7) presentó shock hipovolémico grado III, el 16.7 % (2) grado II, el 8.3 % (1) grado I y el 16.6 % (2) grado IV. (Ver anexo tabla 6)

### **3.2. Análisis de los resultados.**

A partir de los hallazgos encontrados se identificaron las principales características de las puérperas que presentaron retención placentaria, los resultados de este estudio pretenden dar a conocer los aspectos clínicos de las pacientes y caracterizar a la población involucrada.

En nuestro estudio el 80% de las pacientes tenían edades de 16- 34 años lo que no corresponde con lo descrito por la literatura consultada (Campos, 2019) quien muestra que el mayor número de casos encontrados durante su investigación fueron paciente nulíparas y primigestas.

A nivel educativo y de procedencia, se encontró que el 82 % de las pacientes habían tenido un nivel educativo por debajo del 6to grado, o en algunos casos nunca recibieron algún tipo de formación académica, este factor hace vulnerable económicamente a los grupos poblacionales más frágiles, que en un 100% provienen de zonas rurales y presentan bajo nivel socioeconómico, resultados que se relacionan a las estadísticas propuestas (FIDEG, 2019) donde mencionan que aún existe un gran porcentaje de analfabetismo como factor de riesgo en zonas rurales.

Es importante mencionar que según lo reportado por estadísticas nacionales (FUNIDES, 2016) las mayores tasas de fecundidad se dan en mujeres menores de 30 años. La tasa de fecundidad en adolescentes, medida por los nacimientos por cada 1,000 mujeres entre 15 y 19 años, se ha reducido de 106 a 90 entre 2006/07 y 2011/12, y principalmente en el área rural (de 139 a 116). A la vez se (ENDESA, 2011) muestra que el embarazo precoz es esencialmente una realidad rural. Para las adolescentes rurales, la tasa de fecundidad se ubica en un nivel similar a la tasa encontrada en mujeres urbanas de 20 a 30 años.

El 80% de la población del estudio son mestizas y en un 20% de zonas especiales de comunidades Mayagnas y Miskitas, esto concuerda con las estadísticas propuestas por (INIDE, 2008) en el que el 80 % de la población del departamento corresponde a población mestizas, y el 20% es población proveniente de pueblos indígenas. En la población miskita y mayagnas el mayor número de complicaciones fue registrado en edades extremas caso

contrario a pacientes mestizas en el que el mayor número de complicaciones se encontraban en edades de 16-34 años, grupo que presentó mayor número de casos de retención placentaria; la lejanía geográfica, la poca formación escolar y las tradiciones propias de la región siguen siendo obstáculos en la atención oportuna de la mujer embarazada.

No se encontraron antecedentes patológicos personales ni familiares prevalentes, el 80% no tenía antecedente patológico personal, solo el 20 % fue descrito con comorbilidades asociadas. De estas pacientes el 10 % correspondía a pacientes adolescentes con síndrome hipertensivo gestacional lo que corresponde con la literatura internacional en donde la adolescencia es un factor de riesgo para desencadenar síndrome hipertensivo gestacional (ACOG, 2013).

Dentro de los antecedentes patológicos familiares la hipertensión arterial crónica fue la enfermedad que destacó con un 38.5 % que según el mapa de salud del Minsa concuerda con el 35 % de enfermedades crónicas en el municipio de Jinotega. (MINSA, 2017)

Los partos domiciliarios en el 82.7% corresponden a edades de 16-34 años, solo el 7.1 % son menores o iguales a 15 años, en su mayoría estas pacientes son captadas precozmente y se les garantiza un adecuado seguimiento prenatal cumpliendo como mínimo sus 4 controles previos, esta regla no es la excepción, del total de pacientes dentro de este rango de edad, el 60 % acudió a controles prenatales tempranos lo que permitió conocer e intervenir oportunamente ante condiciones de riesgo. En el caso de las pacientes mayores de 35 años el 66 % no tenía ningún control prenatal y el 100 % de su población no cumplió controles completos, se encontró que el 100 % fue atendido en su hogar y el mismo porcentaje presentó complicaciones posteriores.

El 46 % de la población estudiada corresponde a pacientes multigestas, el 30 % son gran multigesta y solo el 23 % primigestas; en los estudios revisados se describe que el antecedente de cesaría previa aumenta en un 75 % el riesgo de retención placentaria, sin embargo en nuestro estudio solo un 5 % presentaba dicho antecedente. (Zuñiga, 2018)

Se ha reportado que el antecedente de legrado aumenta 10 veces la posibilidad de anomalía en la placentación y por tanto en 5 veces la posibilidad de extracción manual de placenta; en el estudio se observa que el 10.3 % del total de pacientes presentó el antecedente

el legrado lo que podría presentar como factor predisponente a retención de placenta. (Begley, 2015)

Las pacientes primigestas en un 60 % eran pacientes  $\leq 15$  años, dichas pacientes presentaron controles prenatales completos y captaciones tempranas, del total de partos domiciliarios solo el 7.1% fueron pacientes  $\leq 15$  años lo que indica que en su mayoría las complicaciones ocurrieron en pacientes en las que previamente no se identificaron condiciones de riesgo y por lo tanto no se garantizó el seguimiento oportuno, subestimando a pacientes que por edad y anamnesis no se consideraran un riesgo en potencia.

El 53.8 % corresponden a partos atendidos por partera, el 18 % por brigadista; en su mayoría los partos se atendieron por personal no calificado por lo cual no se garantiza el cumplimiento de protocolos completos y seguros durante la atención del parto; esto se confirma ya que la causa principal de retención de placenta en total de los casos corresponde a la aplicación incorrecta del MATEP. En cambio, los médicos servicio sociales la causa más frecuente fue hipo dinamia uterina y por especialista la formación de anillo de contracción.

Del total de pacientes con atonía uterina, el 62.5% corresponde a pacientes granmultigestas y el 37.5% a multigestas; no se reportaron casos de pacientes primigestas con atonía uterina, esto se apoya en lo propuesto por la literatura en el que el 80% de casos de atonía uterina ocurren en pacientes con antecedentes de múltiples partos. (Breatnach F, 2009 ). A la vez en estudios realizados previamente se encontró que las púerperas con gestación múltiple, tienen 10.45 más veces de tener atonía uterina que las púerperas sin gestación múltiple. (María Y, 2018)

Dentro de las complicaciones secundarias a retención de placenta el primer lugar lo ocupa hemorragia posparto, dentro de ellas se encontró que el shock hipovolémico grado III y IV fue más frecuente en pacientes multigesta y granmultigestas, es importante mencionar que de las pacientes granmultigestas todas fueron pacientes de zonas rurales y cuyos partos atendidos en su domicilio, lo que implica demoras en el manejo oportuno de la hemorragia prologando el estado de shock hipovolémica y aumentando las probabilidades de un desenlace adverso.

Se debe mencionar que del total de pacientes que cursaron con hemorragia posparto, el 58.3 % corresponden a shock hipovolémico grado III y 16.7 % grado IV; esto último se traduce en que el 75 % necesitó algún tipo de transfusión de hemoderivados y el 16.7 % de este, protocolo de transfusión masiva y uso de aminas vasoactivas.

### **3.3. Conclusiones**

Sociodemográficamente la población estudiada se caracterizó por ser pacientes con edades de 16-34 años, con primaria incompleta, pacientes solteras y de religión evangélica. En su mayoría, mestizas y procedentes de zona rural.

El síndrome hipertensivo gestacional fue la patología que en su mayoría prevaleció sobre la población estudiada. A nivel familiar, el antecedente predominante fue la hipertensión arterial crónica.

El mayor número de casos son pacientes multigestas, cesárea y antecedente de retención placentaria son antecedentes obstétricos que menos predominaron, contrario a lo descrito previamente por resultados encontrados en la literatura.

La mayor parte de las pacientes no tenían controles prenatales ni habían cumplido sus 4 controles; en su mayor los partos fueron domiciliarios y atendidas por partera o brigadista.

La causa más prevalente de retención placentaria fue la aplicación incorrecta del MATEP, el menor número de casos fueron pacientes que cursaron con formación de anillo de contracción

En su mayoría las pacientes evolucionaron a extracción manual de placenta, seguido de atonía uterina; se presentaron casos de hemorragia posparto en el que el grado de shock hipovolémico más frecuente fue clase III y clase IV. Las pacientes llegaron a necesitar usos de hemoderivados u aminos vasoactivas durante la atención.



### **3.4.Recomendaciones**

1. Al municipio que coordina los sectores encargados del primer contacto con las embarazadas, quienes deberán de garantizar llevar a cabo las estrategias de censo gerencial, plan parto y maternidad responsable; con el fin de identificar riesgos y garantizar intervenciones oportunas que salvaguarden el bienestar del binomio madre-hijo.
2. Al hospital primario que deberá realizar el monitoreo estricto del expediente clínico con el fin de garantizar una adecuada retroalimentación sobre las fallas más frecuentes y de esta manera vencer los puntos más débiles de la atención prenatal, atención del parto y del puerperio.
3. Al servicio de Ginecología y obstetricia la realización de cursos de actualización en el manejo de la hemorragia posparto, enfatizando en la retención de restos placentarios con la finalidad de disminuir la morbimortalidad por esta causa.
4. Al área de docencia del municipio a impulsar con trabajos de investigación prospectivos y analíticos relacionados a la retención de restos placentarios, para identificar las condiciones de riesgo e intervenir oportunamente
5. Al profesional de la salud quien debe seguir los protocolos vigentes de la guía nacional del Ministerio de Salud para la atención del alumbramiento, con la finalidad de reducir los casos de retención de restos placentarios.

## CAPITULO IV. BIBLIOGRAFIA

### 4.1. Bibliografía

1. ACOG. (2013). Hypertension in Pregnancy Report of the American College of Obstetricians and Gynecologist. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 1122-1131.
2. Alejandra, L. (2016). *Factores de riesgo asociados a retencion de placenta y membranas ovulares en partos a termino, Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa*. Peru.
3. Baskett. (2013). Complications of the third stage of labour. Essential Mangement of Obstetrical Emergences. *Clinical Press*, 196- 201.
4. Bedriñana Muñoz, K. (2017). *Factores de riesgo asociados a retencion de restos placentarios en parturientas del Hospital Regional de Ayacucho, año 2010-2015*. Peru.
5. Begley C, G. K. (2012). Irish and New Zealand midwives expertise in expectant management of the third stage of labour. *the Meet Study*, 733-739.
6. Begley, G. D. (2015). Active versus expectant management for women in the third stage of labour.
7. Breatnach F, G. M. (2009 ). Uterine atony: definition, prevention, nonsurgical management and uterine tamponde semin. *Perinatol*, 7-82.
8. ENDESA. (2011). *Encuesta Nicaragüense de demografía y salud*. MINSA, Managua. Managua: INIDE.
9. FIDEG. (2019). Encuesta de Hogares para medir la pobreza en Nicaragua. 32-33.
10. FUNIDES. (Octubre de 2016). Causas y consecuencias económicas y sociales del embarazo adolescente en Nicaragua. *Embarazo adolescente*, 10-11.
11. Garcia Lavandeira, A. e. (s.f.). Hemorragia posparto secundaria o tardia. *Revista Mexicana de Ginecologia y* .

12. García, L. A. (2017). Hemorragia posparto secundaria o tardía. *Revista Mexicana de Ginecología y Obstetricia*, 254-266.
13. INIDE. (2008). *San José de Bocay en cifras*. Managua.
14. María Y, P. d.-G. (2018). Indicadores clinico-epidemiologicos materno-fetales de atonia uterina en puerperas postcesarea primaria en una clinica privada de agosto 2017- agosto 2018. *Scielo*. doi:<http://dx.doi.org/10.25176/RFMH.v19.n2.2072>
15. Marshall J, R. M. (2014). Physiology and management of the third stage of labour. (Elsevier, Ed.) *Myles Textbook for Midwives*, 270-285.
16. MINSA. (2015). “*Normas y protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio*”. Obtenido de [file:///C:/Users/usuario/Downloads/Normativa+011+Segunda+Edicion%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/Normativa+011+Segunda+Edicion%20(1).pdf)
17. MINSA. (2017). *Mapa de salud San José de Bocay*. Obtenido de <http://mapasalud.minsa.gob.ni/mapa-de-padecimientos-de-salud-municipio-san-jose-de-bocay-jinotega/>
18. MINSA. (Octubre de 2018). Normativa 109. *Protocolo para la atención de complicaciones obstétricas*, 295.
19. MINSA. (2018). Protocolo para la atención de complicaciones obstetricas.
20. MINSA. (Septiembre de 2018). Shock Hemorrágico de origen obstétrico. *Protocolo para la atención de complicaciones obstétricas*, 91-92.
21. Muñoz Rizo Milagros, A. P. (2015). *Placenta Acreta*. La Habana- Cuba: Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología .
22. Muñoz., C. M. (2016). *factores de riesgo asociados a hemorragia post parto inmediato, en pacientes del servicio de labor y parto, hospital escuela césar amador molina, matagalpa nicaragua, segundo semestre 2015*. . Nicaragua, Matagalpa.
23. OMS. (2021). *Mortalidad Materna*. Organización Mundial de la Salud .

24. Parrales, C. M. (JUNIO de 2015). *Calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal en el Hospital Primario*. Obtenido de <https://repositorio.unan.edu.ni/1359/1/56948.pdf>
25. Porto, J. P. (2020). *RAE*. Obtenido de <https://definicion.de/sociodemografico/>
26. Potillo, G. T. (2017). Factores de riesgo asociados a hemorragia postparto. *Postgrado de Ginecología y Obstetricia*.
27. Ruitter, K. M. (Julio de 2019). Tasa de incidencia y recurrencia de hemorragia posparto y extracción manual de la placenta. *Revista europea de obstetricia, ginecología y biología reproductiva*. doi:10.1016 / j.ejogrb.2019.05.022
28. Salud, M. d. (2020). *Normas y protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo*. Managua .
29. Sampieri, C. B. (2014). *Metodología de la investigación*. McGrawHill.
30. Sara, V. (2019). *Factores de riesgo asociado a la hemorragia post parto en puerperas de parto vaginal*. Perú: Salud y Gestión de la Salud.
31. Schwartz, F. y. (2006). Retención placentaria y de restos placentarios. En *Obstetricia* (pág. 629). El Ateneo.
32. Zuñiga, R. G. (2018). Factores clínicos obstétricos presentes en puérperas con retención placentaria en el Hospital Regional Zacarías Corea.

## CAPITULO V. ANEXOS

### Anexo 1. Ficha de recolección de la información

Caracterización de las pacientes con retención placentaria en el Hospital Primario Niños Mártires de Ayapal del Municipio de Bocay, Jinotega durante 2020-2021.

Fecha:

Expediente:

#### I. Características sociodemográfica

1. Edad: menor o igual a 15 años \_\_\_ 16-34 años \_\_\_ Mayor o igual a 35 años \_\_\_
2. Estado Civil: Soltera \_\_\_ Unión Libre \_\_\_ Casada \_\_\_ Viuda \_\_\_  
Divorciada \_\_\_
3. Etnia: Mayagna \_\_\_ Mestiza \_\_\_ Miskito \_\_\_ Creole \_\_\_
4. Escolaridad: Analfabeta \_\_\_ Primaria \_\_\_ Secundaria \_\_\_ Técnico \_\_\_  
Universitaria \_\_\_
5. Religión: católica \_\_\_ Evangélica \_\_\_ Testigo de Jehová \_\_\_ Otros \_\_\_
6. Ocupación: Ama de Casa \_\_\_ Domestica \_\_\_ Estudiante \_\_\_ Obrera \_\_\_  
Otros \_\_\_
7. Procedencia: Urbana \_ Rural \_

#### I. Antecedentes personales patológicos personales

1. Tuberculosis pulmonar \_
2. Diabetes \_\_\_
3. Hipertensión \_\_\_
4. Preeclampsia \_\_\_
5. Eclampsia \_\_\_
6. Anomalía congénita \_\_\_
7. Cardiopatías \_\_\_
8. Infertilidad \_\_\_
9. Cirugía genito urinaria \_\_\_

10. Nefropatía\_\_
11. Violencia\_\_
12. Enfermedad inmunológica\_\_
13. VIH\_\_

## II. Antecedentes patológicos familiares

1. Tuberculosis pulmonar \_
2. Diabetes \_\_
3. Hipertensión \_\_
4. Preeclampsia \_\_
5. Eclampsia \_\_
6. Anomalía congénita\_\_

## III. Antecedentes Gineco-Obstétrico de mujeres que presentaron retención placentaria.

1. Gesta: Primigesta\_\_ Multigesta\_\_ Gran Multigesta\_\_
2. Cesárea: Si\_\_ No\_\_
3. Aborto: Si\_\_ No\_\_
4. Legrado: Si\_\_ No\_\_
5. Antecedentes de Hemorragia Postparto: Si\_\_ No\_\_
6. Antecedentes de Retención Placentaria: Si\_\_ No\_\_

## IV. Datos de gestación actual de pacientes en estudio.

1. Cuarto control prenatal: Si\_\_ No\_\_
2. Captación prenatal: Temprana\_\_ Tardía\_\_ Ninguna\_\_
3. Lugar de atención del parto Urbano\_\_ Rural\_\_

**V. Causas de Retención Placentaria**

- 1. Formación de Anillos de Contracción: Si\_\_ No\_\_**
- 2. Hipodinamia Uterina: Si\_\_ No\_\_**
- 3. Aplicación incorrecta del MATEP: Si\_\_ No\_\_**

**VI. Evolución Clínica de las Pacientes que presentaron Retención Placentaria.**

- 1. Extracción Manual de placenta: Si\_\_ No\_\_**
- 2. Atonía Uterina: Si\_\_ No\_\_**
- 3. Histerectomía: Si\_\_ No\_\_**
- 4. Hemorragia Postparto: Si\_\_ No\_\_**
- 5. Shock Hemorrágico de Origen Obstétrico:**
  - 5.1.Grado I: Si\_\_ No\_\_**
  - 5.2.Grado II: Si\_\_ No\_\_**
  - 5.3.Grado III: Si\_\_ No\_\_**
  - 5.4.Grado IV: Si\_\_ No\_\_**

## Anexo 2. Tablas

**Tabla 1. Características Sociodemográficas de pacientes con retención placentaria en el Hospital Primario Niños Mártires de Ayapal del Municipio San José de Bocay Jinotega durante 2020-2021.**

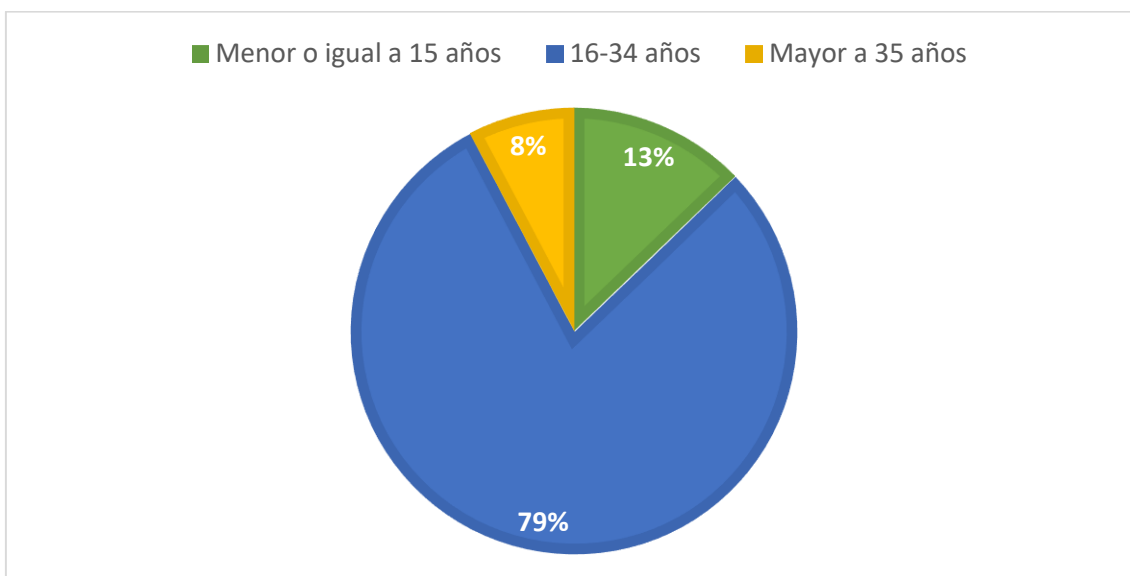
*n=39*

<b>Características Sociodemográficas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Edad</b>		
Menor o igual a 15 años	5	12.82
16-34 años	31	79.49
Mayor a 35 años	3	7.69
<b>Escolaridad</b>		
Analfabeta	17	43.59
Primaria	15	38.46
Secundaria	7	17.95
<b>Estado Civil</b>		
Unión Libre	14	35.89
Casada	10	25.64
Soltera	15	38.46
<b>Religión</b>		
Católica	8	20.51
Evangélica	28	71.79
Otros	3	7.69
<b>Etnia</b>		
Miskita	2	5.13
Mestiza	31	79.49
Mayagna	6	15.38
<b>Procedencia</b>		
Rural	39	100.00
<b>Ocupación</b>		
Ama de Casa	39	100.00

**Fuente:** Expedientes clínicos de pacientes que presentaron retención manual de placenta

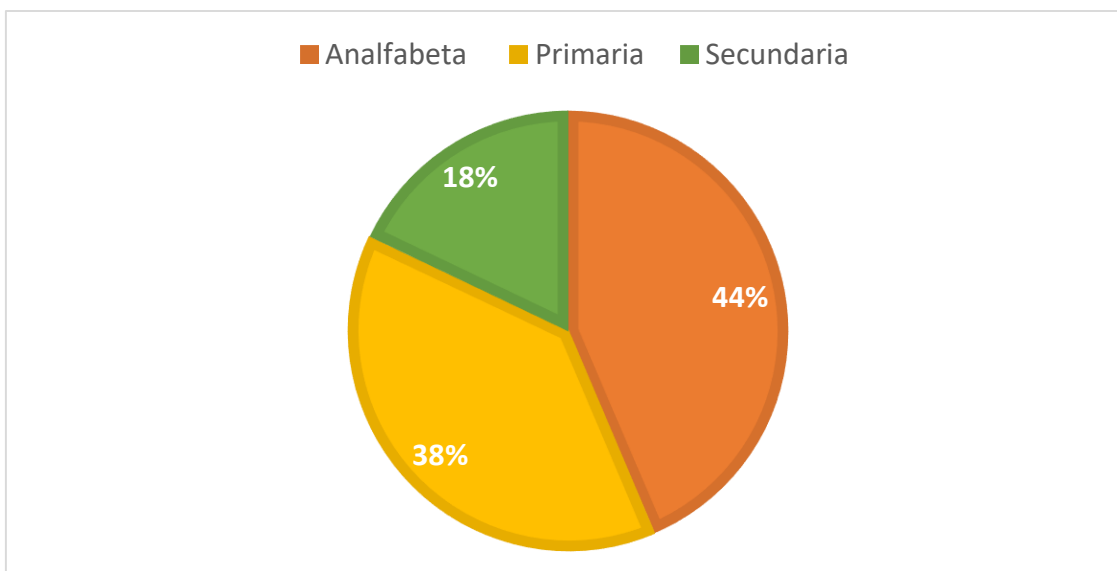


**Figura 1. Edad de las pacientes con retención placentaria en el Hospital Primario Niños Mártires de Ayapal del Municipio San José de Bocay Jinotega durante 2020-2021.**



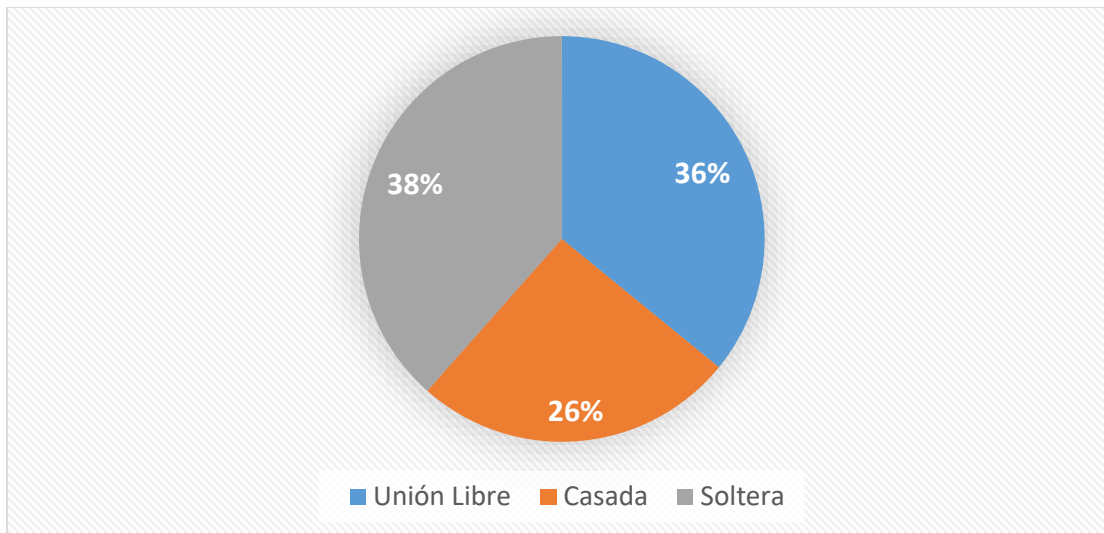
**Fuente: Tabla 1.**

**Figura 2. Escolaridad de las pacientes de pacientes con retención placentaria en el Hospital Primario Niños Mártires de Ayapal del Municipio San José de Bocay Jinotega durante 2020-2021**



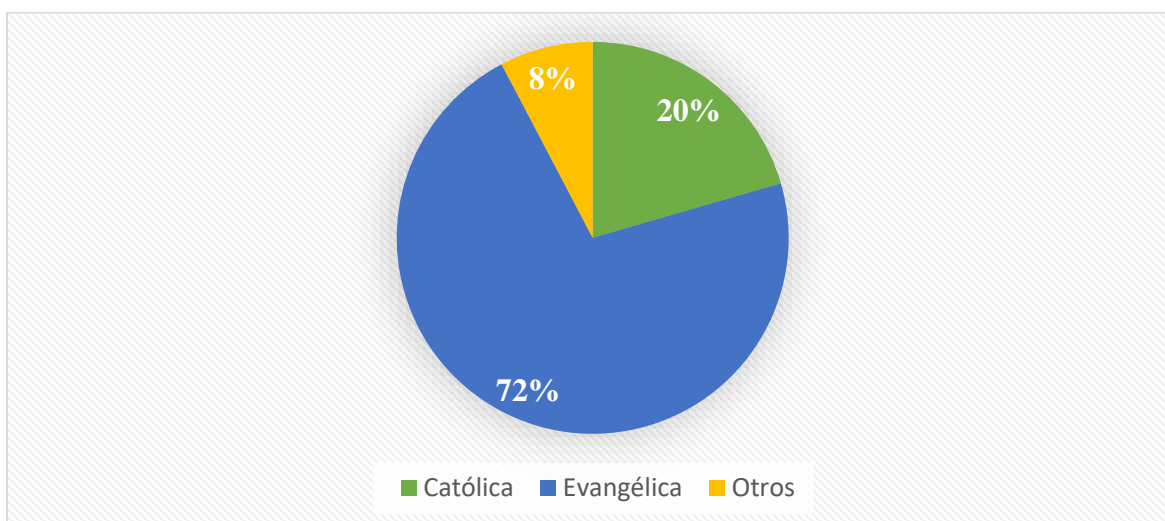
**Fuente: Tabla 1**

**Figura 3. Estado civil de las pacientes con retención placentaria en el Hospital Primario Niños Mártires de Ayapal del Municipio San José de Bocay Jinotega durante 2020-2021.**



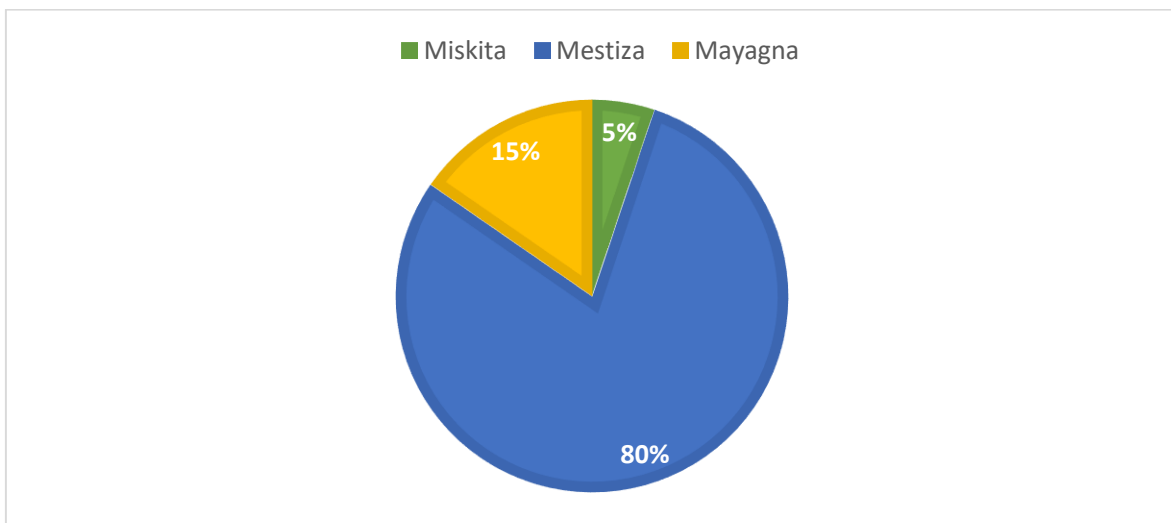
**Fuentes: Tabla 1**

**Figura 4. Religión de las pacientes con retención placentaria en el Hospital Primario Niños Mártires de Ayapal del Municipio San José de Bocay Jinotega durante 2020-2021.**



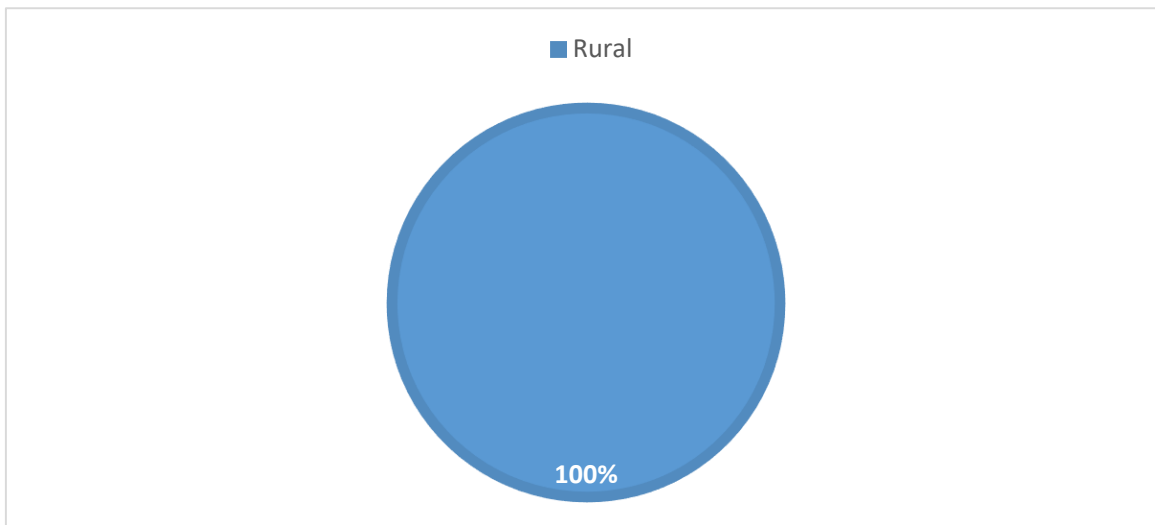
**Fuente: Tabla 1**

**Figura 5. Etnia de las pacientes con retención placentaria en el Hospital Primario Niños Mártires de Ayapal del Municipio San José de Bocay Jinotega durante 2020-2021.**



**Fuente: Tabla 1.**

**Figura 4. Procedencia de las pacientes con retención placentaria en el Hospital Primario Niños Mártires de Ayapal del Municipio San José de Bocay Jinotega durante 2020-2021.**



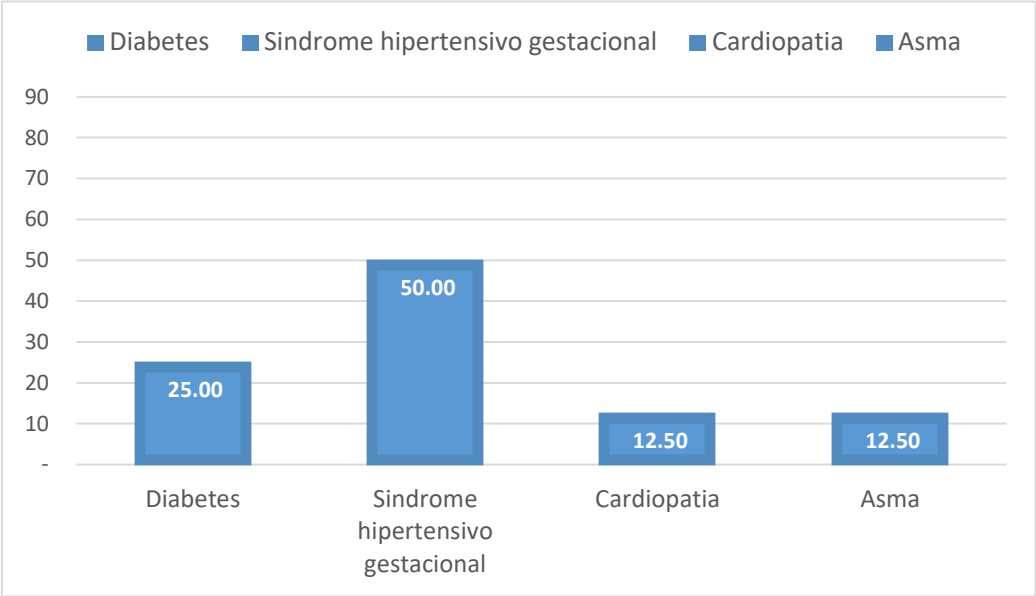
**Fuente: Tabla 1**

**Tabla 2. Antecedentes Patológicos de pacientes con retención placentaria en el Hospital Primario Niños Mártires de Ayapal del Municipio San José de Bocay Jinotega durante 2020-2021.**

<b>Personales</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>n=8</b>
Cardiopatía	1	12.5	
Síndrome hipertensivo gestacional	4	50.0	
Diabetes	2	25.0	
Asma	1	12.5	
<b>Familiares</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>n=26</b>
Diabetes	8	30.7	
Hipertensión	15	55.5	
Preeclampsia	1	3.7	
Eclampsia	1	3.7	
Anomalía Congénita	1	3.7	

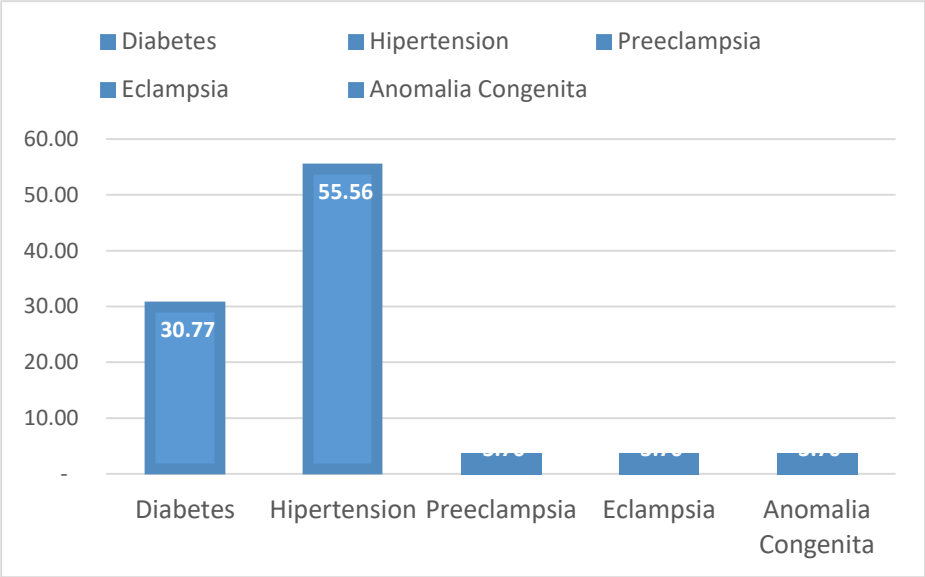
**Fuente: Expedientes clínicos de pacientes con retención placentaria**

**Figura 5. Antecedentes Patológicos Personales de pacientes con retención placentaria en el Hospital Primario Niños Mártires de Ayapal del Municipio San José de Bocay Jinotega durante 2020-2021.**



**Fuente: Tabla 2**

**Figura 6. Antecedentes Patológicos Familiares de pacientes con retención placentaria en el Hospital Primario Niños Mártires de Ayapal del Municipio San José de Bocay Jinotega durante 2020-2021.**



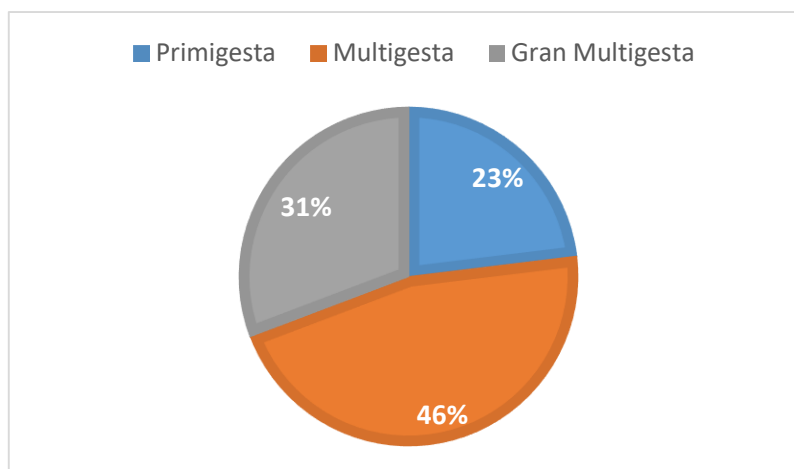
**Fuente: Tabla 2**

**Tabla 3. Antecedentes Gineco-Obstétricos de pacientes con retención placentaria en el Hospital Primario Niños Mártires de Ayapal del Municipio San José de Bocay Jinotega durante 2020-2021.**

			n=39
Gestas	Frecuencia	Porcentaje	
Primigesta	9	23.0	
Multigesta	18	46.0	
Gran Multigesta	12	30.7	
			n=17
<b>Antecedentes obstétricos</b>			
Cesárea	1	5.8	
Aborto	9	52.9	
Legrado	4	23.5	
Antecedentes de Hemorragia Posparto	2	2.8	
Antecedentes de Retención placentaria	1	2.6	

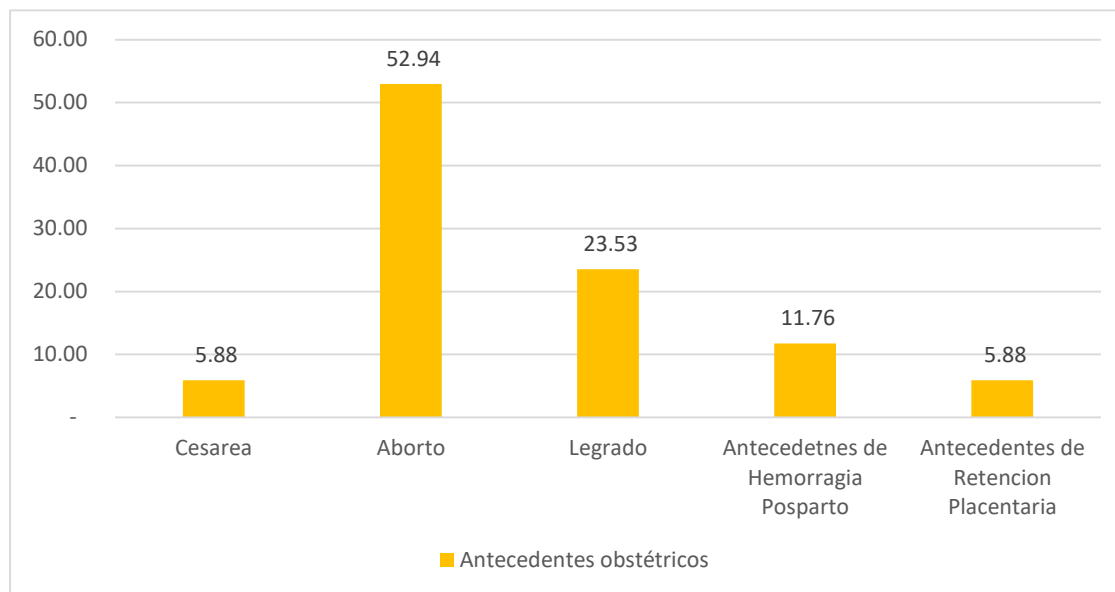
**Fuentes: Expedientes clínicos de pacientes con retención placentaria**

**Figura 10. Numero de Gestas de pacientes con retención placentaria en el Hospital Primario Niños Mártires de Ayapal del Municipio San José de Bocay Jinotega durante 2020-2021.**



**Fuente: Tabla 3**

**Figura 11. Antecedentes obstétricos de pacientes con retención placentaria en el Hospital Primario Niños Mártires de Ayapal del Municipio San José de Bocay Jinotega durante 2020-2021.**



Fuente: Tabla 3

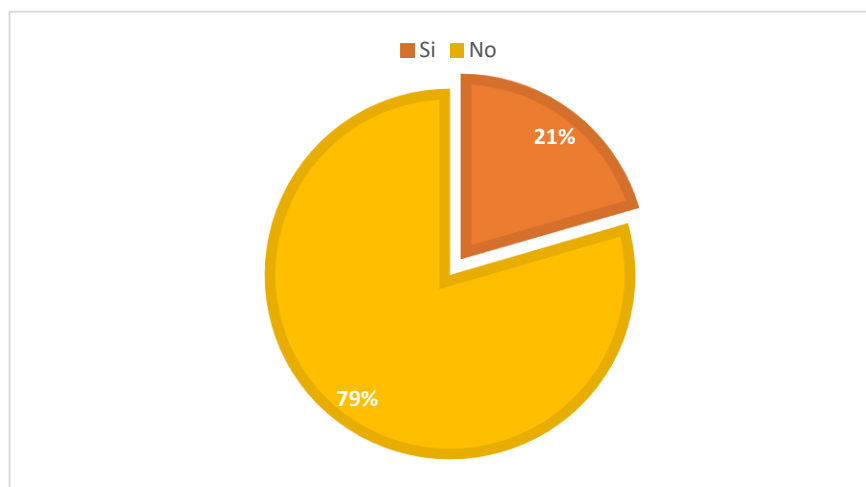
**Tabla 4. Datos de gestación actual de pacientes con retención placentaria en el Hospital Primario Niños Mártires de Ayapal del Municipio San José de Bocay Jinotega durante 2020-2021.**

n=39		
Cuarto Control	Frecuencia	Porcentaje
Si	8	20.5
No	31	79.5
n=39		
Captación Prenatal		
Temprana	8	20.5
Tardía	15	38.46
Ningún control prenatal	16	41.03
n=39		
Lugar de atención del Parto		
Institucional	11	28.41

Domiciliar	28	71.79
<b>n=39</b>		
<b>Personal que atendió el parto</b>		
Brigadista	7	17.9
Partera	21	53.8
Medico servicio social	5	12.8
Médico general	5	12.8
Médico especialista	1	2.5

**Fuente: Expedientes clínicos de pacientes con retención placentaria**

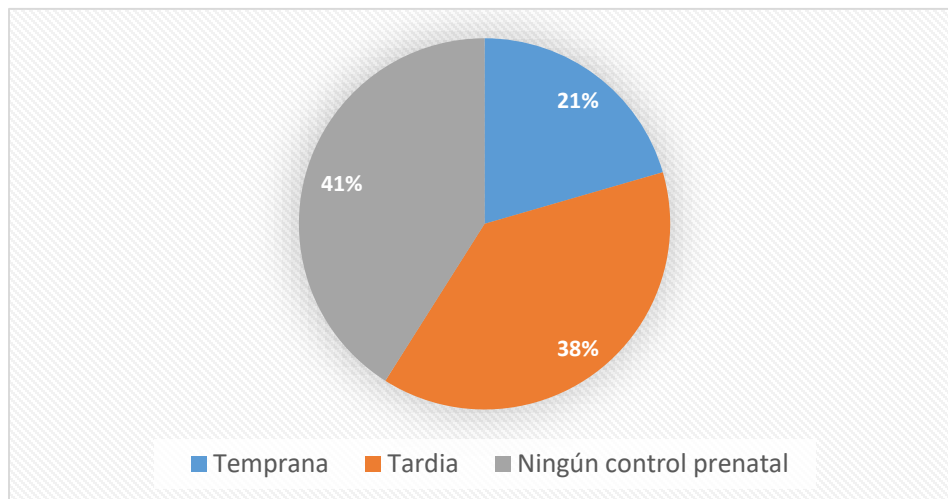
**Figura 7. Cuarto Control de pacientes con retención placentaria en el Hospital Primario Niños Mártires de Ayapal del Municipio San José de Bocay Jinotega durante 2020-2021.**



**Fuente: Tabla 4.**

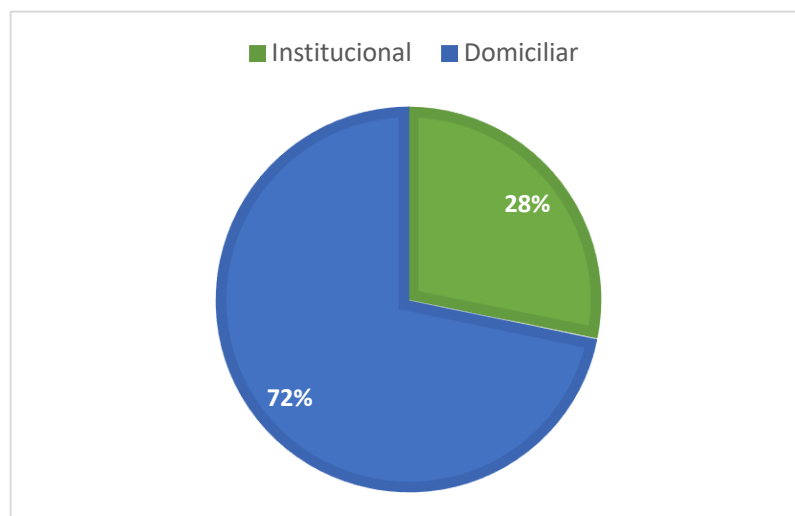


**Figura 8. Captación Prenatal de pacientes con retención placentaria en el Hospital Primario Niños Mártires de Ayapal del Municipio San José de Bocay Jinotega durante 2020-2021.**



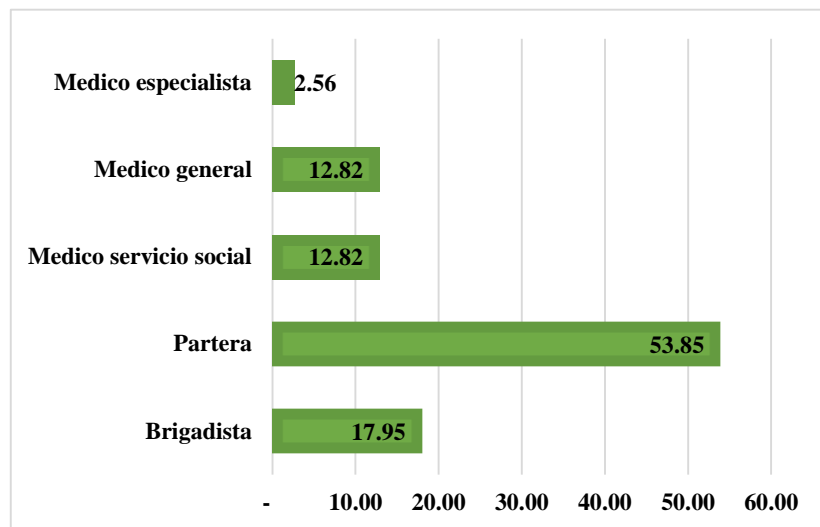
**Fuente: Tabla 4**

**Figura 9. Lugar de atención del Parto de pacientes con retención placentaria en el Hospital Primario Niños Mártires de Ayapal del Municipio San José de Bocay Jinotega durante 2020-2021.**



**Fuente: Tabla 4**

**Figura 10. Personal encargado de la atención del parto de pacientes con retención placentaria en el Hospital Primario Niños Mártires de Ayapal del Municipio San José de Bocay Jinotega durante 2020-2021.**



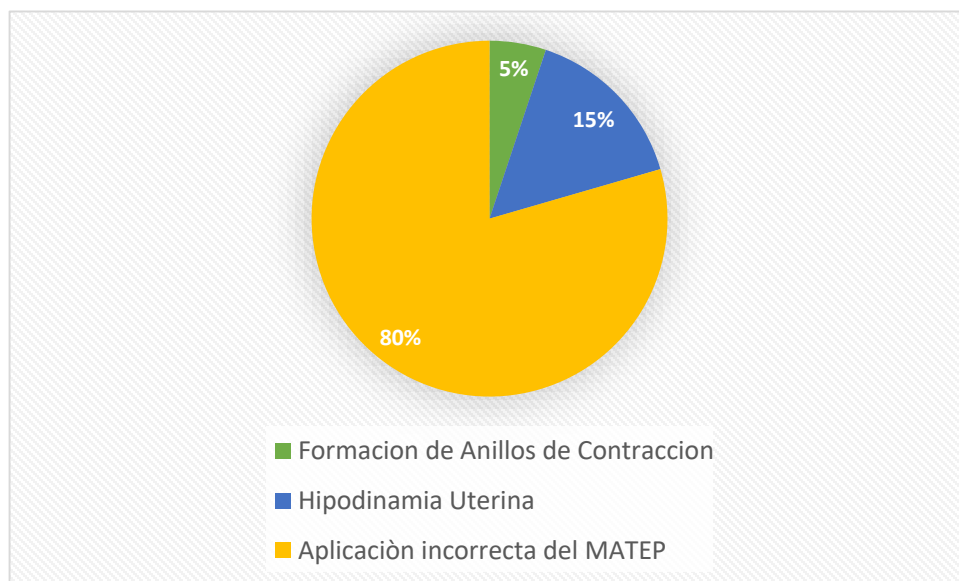
**Fuente: Tabla 4**

**Tabla 5. Causas más frecuentes de retención placentaria en el Hospital Primario Niños Mártires de Ayapal del Municipio San José de Bocay Jinotega durante 2020-2021.**

n=39		
Causas	Frecuencia	Porcentaje
Formación de anillo de Contracción	2	5.13
Hipo dinamica Uterina	6	15.3
Aplicación incorrecta del MATEP	31	79.5

**Fuente: Expedientes clínicos de pacientes con retención placentaria**

**Figura 11. Causas de Retención Placentaria de pacientes con retención placentaria en el Hospital Primario Niños Mártires de Ayapal del Municipio San José de Bocay Jinotega durante 2020-2021.**



**Fuente: Tabla 5.**

**Tabla 6. Evolución Clínica de las pacientes con retención placentaria en el Hospital Primario Niños Mártires de Ayapal del Municipio San José de Bocay Jinotega durante 2020-2021.**

**n=39**

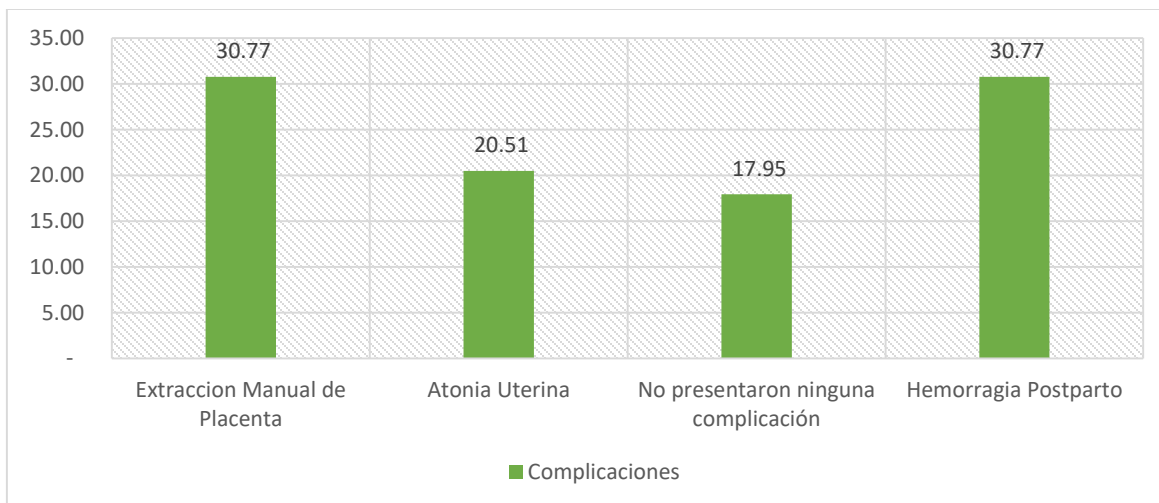
<b>Complicaciones</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Extracción Manual de Placenta	12	30.77
Atonía Uterina	8	20.51
Hemorragia Postparto	12	30.77
No presentaron ninguna complicación	7	17.95

**n=12**

<b>Shock hipovolémico</b>		
Grado I	1	8.33
Grado II	2	16.67
Grado III	7	58.33
Grado IV	2	16.67

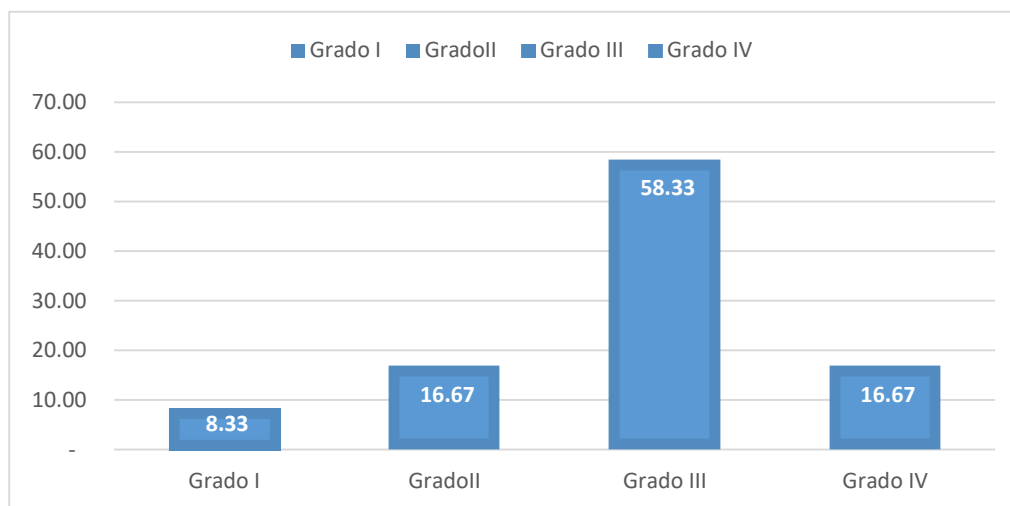
**Fuente: Expediente clínico de pacientes con retención placentaria**

**Figura 12. Evolución Clínica de las pacientes con retención placentaria en el Hospital Primario Niños Mártires de Ayapal del Municipio San José de Bocay Jinotega durante 2020-2021.**



**Fuente: Tabla 6**

**Figura 13. Shock hipovolémico de las pacientes con retención placentaria en el Hospital Primario Niños Mártires de Ayapal del Municipio San José de Bocay Jinotega durante 2020-2021.**



**Fuente: Tabla 6**

**Tabla 7. Etnia según edad de las pacientes con retención placentaria en el Hospital Primario Niños Mártires de Ayapal del Municipio San José de Bocay Jinotega durante 2020-2021.**

*n=39*

Etnia	Edad							
	Menor o igual a 15 años		16-34 años		Mayor o igual a 35 años		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Miskita	2	100.0	0	0.0	0	0.0	2	5.0
Mestiza	0	0.0	28	90.3	3	9.7	31	80.0
Mayagna	3	50.0	3	50.0	0	0.0	6	15.0

**Fuente: Expedientes clínicos de las pacientes con retención placentaria**

**Tabla 8. Extracción manual de placenta según etnia de pacientes con retención placentaria en el Hospital Primario Niños Mártires de Ayapal del Municipio San José de Bocay Jinotega durante 2020-2021.**

*n=39*

Extracción manual de placenta	Etnia							
	Miskita		Mestiza		Mayagnas		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
SI	1	50.0	9	29.0	2	33.3	12	30.8
NO	1	50.0	22	71.0	4	66.7	27	69.2

**Fuente: Expedientes clínicos de las pacientes con retención placentaria**

**Tabla 9. Hemorragia posparto según etnia de pacientes con retención placentaria en el Hospital Primario Niños Mártires de Ayapal del Municipio San José de Bocay Jinotega durante 2020-2021**

Hemorragia posparto	Etnia							
	Miskita		Mestiza		Mayagnas		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
SI	0	0	12	100	0	0	12	100
NO	2	7.4	19	70.3	6	22.2	27	100

**Fuente: Fuente: Expedientes clínicos de las pacientes con retención placentaria**

**Tabla 10. Atonía uterina según etnia de pacientes con retención placentaria en el Hospital Primario Niños Mártires de Ayapal del Municipio San José de Bocay Jinotega durante 2020-2021**

n=39

Atonía uterina	Etnia							
	Miskita		Mestiza		Mayagnas		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
SI	1	8.3	4	33.3	7	58.3	12	30.8
NO	1	3.7	25	92.5	1	3.7	27	69.2

**Fuente: Expedientes clínicos de las pacientes con retención placentaria**

**Tabla 11 Antecedentes Personales Patológicos según Edad de las pacientes con retención placentaria en el Hospital Primario Niños Mártires de Ayapal del Municipio San José de Bocay Jinotega durante 2020-2021.**

*n=8*

Antecedentes personales patológicos	Edad de pacientes con retención placentaria						
	Menor o igual a 15 años		16-34 años		Mayor o igual a 35 años		Total
	F	%	F	%	F	%	
Diabetes	1	12.5	1	12.5	0	0.0	2 25
Síndrome Hipertensivo							
Gestacional	3	37.5	1	12.5	0	0.0	4 50.0
Cardiopatía	0	0.0	1	12.5	0	0.0	1 12.5
Asma	0	0.0	1	12.5	0	0.0	1 12.5

**Tabla 12. Edad según lugar de atención del parto de las pacientes con retención placentaria en el Hospital Primario Niños Mártires de Ayapal del Municipio San José de Bocay Jinotega durante 2020-2021.**

*n=39*

Lugar de atención del parto	Edad de pacientes con retención placentaria						
	Menor o igual a 15 años		16-34 años		Mayor o igual a 35 años		Total
	F	%	F	%	F	%	
Institucional	3	27.3	8	72.7	0	0.	11 28.2
Domiciliar	2	7.1	23	82.1	3	10.7	28 71.7

**Fuente: Expedientes clínicos de las pacientes con retención placentaria**



**Tabla 13. Cuarto control según Edad de las pacientes con retención placentaria en el Hospital Primario Niños Mártires de Ayapal del Municipio San José de Bocay Jinotega durante 2020-2021.**

*n=39*

Controles Prenatales	Edad							
	Menor o igual a 15 años		16-34 años		Mayor o igual a 35 años		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Temprana	3	60	4	12.9	1	33.3	8	20.5
Tardía	2	40	13	41.9	0	0.0	15	38.4
Ningún CPN	0	0	14	46.2	2	66.7	16	41.0

**Fuente: Expedientes clínicos de las pacientes con retención placentaria**

**Tabla 14. Cuarto control según edad de las pacientes con retención placentaria en el Hospital Primario Niños Mártires de Ayapal del Municipio San José de Bocay Jinotega durante 2020-2021.**

**n=39**

Cuarto Control	Edad de pacientes con retención placentaria							
	Menor o igual a 15 años		16-34 años		Mayor o igual a 35 años		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
SI	3	60.0	5	16.1	0	0	8	20.5
NO	2	40.0	26	83.9	3	100	31	79.5

**Fuente: Expedientes clínicos de las pacientes con retención placentaria**

**Tabla 15. Personas que atendieron el parto según edad pacientes con retención placentaria en el Hospital Primario Niños Mártires de Ayapal del Municipio San José de Bocay Jinotega durante 2020-2021.**

*n=39*

Personas que atendieron el Parto	Edad de pacientes con retención placentaria							
	Menor o igual a 15 años		16-34 años		Mayor o igual a 35 años		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Brigadista	2	28.6	5	71.4	0	0.0	7	18.0
Partera	0	0.0	18	85.7	3	14.3	21	54.0
Médico en Servicio Social	3	60.0	2	40.0	0	0.0	5	13.0
Médico General	0	0.0	5	100.0	0	0.0	5	13.0
Médico Especialista	0	0	1	3.2	0	0.0	1	2.0

**Fuente: Expedientes clínicos de las pacientes con retención placentaria**

**Tabla 16. Gestas según atonía uterina en pacientes con retención placentaria en el Hospital Primario Niños Mártires de Ayapal del Municipio San José de Bocay Jinotega durante 2020-2021**

Atonía Uterina	Gestas							
	Primigesta		Multigesta		Gran Multigesta		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Si	0	0.0	3	37.5	5	62.5	8	20.5
No	9	29.0	15	48.3	7	22.5	31	79.4

**Fuente: Expedientes clínicos de las pacientes con retención placentaria**

**Tabla 16. Shock Hipovolémico de Origen Obstétrico según Edad de pacientes con retención placentaria en el Hospital Primario Niños Mártires de Ayapal del Municipio San José de Bocay Jinotega durante 2020-2021**

Shock Hipovolémico	Edad de pacientes con retención placentaria							
	Menor o igual a 15 años		16-34 años		Mayor o igual a 35 años		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
	Grado I	0	0.0	1	100.0	0	0.0	1
Grado II	0	0.0	2	100.0	0	0.0	2	5.0
Grado III	0	0.0	7	100.0	0	0.0	7	18.0
Grado IV	0	0.0	2	100.0	0	0.0	2	5.0
No	5	18.5	19	61.0	3	100.0	27	69.0

**Fuente: Expedientes clínicos de las pacientes con retención placentaria**

**Tabla 17. Causas de retención placentaria según gestas de pacientes con retención placentaria en el Hospital Primario Niños Mártires de Ayapal del Municipio San José de Bocay Jinotega durante 2020-2021**

Causas de retención placentaria	Gestas							
	Primigesta		Multigesta		Gran Multigesta		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Formación de los Anillos de Contracción	0	0.0	2	11.0	0	0.0	2	5.0
Hipodinamia Uterina	2	22.0	4	22.0	0	0.0	6	15.0

Aplicación Incorrecta del MATEP	7	78.0	12	67.0	12	100.0	31	80.0
<b>n=39</b>								

**Fuente: Expedientes clínicos de las pacientes con retención placentaria**

**Tabla 18. Causas de retención Placentaria según personal que atendió el parto en pacientes con retención placentaria en el Hospital Primario Niños Mártires de Ayapal del Municipio San José de Bocay Jinotega durante 2020-2021**

Causas de retención placentaria	Atención del parto											
	Médico					Médico					Total	
	Brigadista		Partera		servicio social		Médico General		Especialista			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Formación de los Anillos de Contracción	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	20.0	1	100.0	2	5.10
Hipodinamia Uterina	0	0.0	0	0.0	4	80.0	2	40.0	0	0.0	6	15.40
Aplicación Incorrecta del MATEP	7	100	21	100.0	1	20.0	2	40.0	0	0.0	31	79.50