

Universidad San Carlos De Guatemala  
Facultad De Ciencias Médicas  
Y Escuela De Estudios De Postgrado

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central shield with a blue background, a red and white figure, and a yellow crown. The shield is flanked by two golden lions. Above the shield is a golden dome. The shield is set against a light blue background with a white banner. The entire emblem is surrounded by a grey border containing the Latin text 'LETTERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINIANA ACADEMIA COACTEMALENSIS INTER'.

**PREVALENCIA EN RETENCIÓN DE RESTOS  
PLACENTARIOS POSTPARTO EN EL HOSPITAL  
REGIONAL DE ZACAPA**

**GALVEZ CRUZ, DENIS JOSUE**

Tesis

Presentada ante las Autoridades de la  
Escuela de Estudio de Postgrado de la  
Facultad de Ciencias Médicas  
Maestría en Ginecología y Obstetricia  
Para obtener el grado de  
Maestro en Ciencias en Ginecología Y Obstetricia

Enero 2020

TITULO DEL ESTUDIO

Prevalencia en Retención de Restos Placentarios Postparto en el  
Hospital Regional De Zacapa

## ÍNDICE

Contenido	Pagina
Titulo	
Índice	I
Resumen	III
I. Introducción	1
II. Antecedentes	3
III. Objetivos	
3.1 General	30
3.2 Específicos	30
IV. . Material y métodos	31
V. Resultados	38
5.1 Tabla 1	38
5.2 Tabla 2	40
VI. Discusión y análisis	41
6.1 Conclusiones	45
6.2 Recomendaciones	47
6.3 Propuesta	48
VII. Referencias bibliográficas	49
VIII. Anexos.	52

## RESUMEN

Retención de restos placentarios, es la principal causa de hemorragia obstétrica mundial, conjunta con otras patologías: atonía uterina y traumas durante el parto. El presente estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, determino la prevalencia en retención de restos placentarios en las pacientes egresadas postparto del hospital regional de Zacapa durante 2013-2017; mediante la revisión de 85 expedientes clínicos, caracterizando datos personales, clínicos, epidemiológicos y en la atención del parto. La prevalencia fue en decremento de 4.70 por 1000 partos en el 2015 a 3.68 en 2017, el grupo etario de 26 – 30 años represento el 31.7% del estudio, 27 casos residían en La Unión, el 38.82% estaba unida, 43.53% eran amas de casa, el 35.30% analfabetas, 29.41% tenían más de 5 partos, 94% fueron partos eutócicos y el 34.11% atendidos en Centro de Atención Permanente, 47.05% atendidos por Medico, 45 casos tuvieron Shock y 3 muertes maternas relacionadas; a 64 casos le realizaron legrado uterino instrumentado y el 71.76% recibió atención en el puerperio inmediato. En base a lo anterior hay una disminución de la prevalencia de 2013 a 2017; el mayor número son analfabetas entre los 26-30 años, con más de 5 partos; debe de vigilarse el correcto alumbramiento y el puerperio inmediato para prevenir la hemorragia postparto. Por lo que es necesario reforzar la ficha de riesgo del embarazo, la referencia oportuna y el manejo activo del tercer periodo así como el Código Rojo, en los CAP y Hospital Regional.

**PALABRAS CLAVE:** Retención restos placentarios, Hemorragia Obstétrica, Legrado Uterino Instrumentado, Prevalencia en Retención, Retención Posparto.

## I. INTRODUCCION

La retención de restos placentarios, es una de las principales causas de hemorragia obstétrica, asociada a otras patologías como atonía uterina y traumas durante el evento obstétrico.<sup>2</sup> La placenta no se desprende en su totalidad del lecho placentario, esto no permite la vasoconstricción a nivel uterino, y como consecuencia ocurre la hemorragia postparto; la cual definimos como la pérdida sanguínea mayor de 500 ml después del parto eutócico.<sup>1</sup>

Se han calculado una morbilidad 14,000 mujeres gestantes y representa el 1% de mortalidad, mientras que el 12% sobrevive con anemia severa. <sup>2</sup>

En estos casos, la retención de restos placentarios es una afección potencialmente mortal por el riesgo asociado de hemorragia, choque e infección así como complicaciones relacionadas con su extracción. Esta afección sigue siendo responsable de una gran cantidad de muertes materna en todo el mundo, cifras ya descritas. <sup>10</sup>

En consecuencia, la hemorragia postparto es la principal causa de mortalidad materna en el mundo, y ocurre en las primeras 24 horas postparto. <sup>7</sup>

La clínica de la retención de restos placentarios es la hemorragia postparto, no controlada, que requiere un tratamiento inmediato, pudiendo desencadenar un cuadro de sepsis. <sup>8</sup>

En el presente estudio, con metodología descriptiva y retrospectiva, de corte transversal se revisaron 85 expedientes de las pacientes con retención de restos placentarios, atendidas en el hospital regional de Zacapa durante el periodo de 2013 – 2017, que conforman el universo del estudio, para determinar la prevalencia en los últimos 5 años, las características de la población a estudio, el lugar de residencia así como los antecedentes gineco-obstetricos, el tipo de parto y las condicionantes en la atención del momento del parto, el lugar de atención, el proveedor de salud que asistió el parto, las complicaciones y el tipo de tratamiento recibido, como en el momento del puerperio en que fue atendida.

Esto nos permitió determinar, que en el Hospital Regional de Zacapa, se tuvo una disminución de la prevalencia de 4.56 por 1000 partos para el año 2013 a 3.68 por 1000 partos para el año 2017, con el grupo etario más afectado entre

26 – 30 años con el 31.7%, seguido de 21-25 años con el 23.5% y el principal municipio de residencia fue La Unión con 27 casos, luego Gualán 24 casos y Zacapa con 12 casos. Las características de las pacientes fueron: estado civil unidas 38.82%, con ocupación amas de casa el 43.53%, escolaridad analfabeta el 35.30% seguida del 21.18% con primaria incompleta. De los antecedentes gineco-obstetricos encontrados, las pacientes con más de 5 partos representan el 29.41% del estudio y las pacientes con 2 – 3 partos el 27.05%. El parto con mayor prevalencia de retención de restos es el parto eutócico con 94%.

Con relación al servicio donde fue atendido el parto, el 34.11 % consulto el centro de atención permanente (CAP) y 30.59% el hospital, donde el 47.05% fue atendido por Medico seguido por el 21.17 % por enfermería. El 71.76% fue atendida en el puerperio inmediato, con la principal complicación de Shock con 45 casos recibiendo principalmente como tratamiento el legrado uterino instrumentado en los 64 casos.

Por lo que es necesario reforzar los 3 niveles básicos en salud pública, en relación a el cumplimiento de la norma de 4 controles prenatales, el llenado de la ficha de la embarazada, el plan de atención del parto, la importancia de la institucionalización y la correcta atención del parto, iniciando en los centros de atención permanente y los proveedores de salud que son el primer contacto con las pacientes embarazadas. Elaborar e implementar una guía del manejo activo del tercer periodo con énfasis en los signos de alerta o alarma de retención de restos placentarios y sus complicaciones, para mantener la tendencia del decremento en la prevalencia de retención de restos placentarios posparto.

## II. ANTECEDENTES

### 1. Puerperio

Se denomina puerperio al período comprendido desde que termina el alumbramiento hasta el retorno del organismo femenino a su estado normal pre gravídico. <sup>(1)</sup>

El puerperio se divide en:

- Inmediato, que comprende las primeras 24 h.
- Mediato, que dura 10 días.
- Tardío, del oncenno día a los 42 días.

Las primeras 4 h del puerperio se consideran también del cuarto período del parto. <sup>(2)</sup>

#### a. *Cambios Locales:*

- Involución del Útero:* Después del alumbramiento se encuentra a 2 traveses de dedo por encima del ombligo, y con consistencia firme por las contracciones de las ligaduras vivientes de Pinard, que forman un globo de seguridad que impide, en condiciones normales, la pérdida de sangre. Al próximo día está a 2 traveses de dedo por debajo del ombligo, al segundo día desciende 3 traveses de dedo y de ahí en adelante un través de dedo diario. Aproximadamente a los 10 o 12 días después del parto, se encuentra por debajo de la sínfisis del pubis. El segmento inferior del útero, que mide de 8 a 10 cm durante el parto, no es posible distinguirlo al tercer día, lo que explica la rápida involución del tamaño del útero los primeros días. Después del alumbramiento, la cavidad uterina queda recubierta por la decidua, a excepción de la zona donde se encontraba la placenta (lecho o herida placentaria).<sup>1</sup>

En la decidua se producen cambios y a partir del décimo día del puerperio se inicia la proliferación del endometrio; ya el día 25 está

revestida toda la cavidad uterina. Antes de completarse la regeneración se ha formado una barrera leucocitaria que tiene como papel fundamental impedir el paso de los gérmenes que ya desde el cuarto día posparto han invadido el útero por la herida placentaria. Si la puérpera tiene una buena nutrición y una hemoglobina dentro de límites normales, es mejor la reparación del lecho placentario. Después del parto, el cuello uterino está descendido -muchas veces hasta el introito- edematoso y se encuentra permeable a 2 ó 3 dedos. A los 3 días se encuentra reconstruido y permeable a los loquios, y al décimo día está cerrado y de aspecto normal.<sup>3</sup>

- ii. *Loquios:* Se llama así a los exudados del útero durante el puerperio. Duran aproximadamente 14 días y tienen un olor sui generis. El primer y segundo días son rojos y sin coágulos. El tercero y cuarto van perdiendo el color rojo vino, se tornan achocolatados y más espesos. Al quinto día se hacen blanquecinos y cremosos (aspecto purulento); con el transcurso de los días, se van tornando mucosos, transparentes, hasta desaparecer a los 14 días. Están compuestos por hematíes, leucocitos y exudados albuminosos. A partir del cuarto día tienen gran cantidad de gérmenes saprófitos, pero pueden tener gérmenes patógenos atenuados que aumentan su poder en un terreno propicio (barrera leucocitaria deficiente, anemia y desnutrición).<sup>(3)</sup>

*b. Infección Puerperal:*

Se entiende por infección puerperal la invasión directa de microorganismos patógenos a los órganos genitales durante o después del parto, y que se ve favorecida por los cambios locales y generales del organismo en estas etapas.<sup>12</sup>



El término infección puerperal está relacionado con la presencia de microorganismos patógenos; no así la fiebre puerperal, que se caracteriza por la presencia de fiebre que puede deberse a otras causas. <sup>4</sup>

La morbilidad febril se produce cuando mediante una técnica estándar ocurre un aumento de la temperatura corporal hasta 38°C o más, que aparece por lo menos 4 veces al día, durante 2 días, en el transcurso de los 10 días que siguen al parto.<sup>4</sup>

La infección puerperal se interpreta como de carácter endógeno con interacción de los mecanismos de defensa y participación principalmente de microorganismos gramnegativos aerobios y anaerobios (que casi siempre constituye el 75 % de los casos). Por lo general, se aíslan 2 o más microorganismos (infección poli microbiana). (2)

i. *Factores Predisponentes Relacionados con el Riesgo General de Infección: (Grupo I)<sup>9</sup>*

- Anemia.
- Control prenatal deficiente.
- Nivel socioeconómico bajo.
- Relaciones sexuales en las últimas 4 semanas del embarazo.
- Obesidad.
- Infección cervicovaginal.

ii. *Relacionados con el Parto: (Grupo II)<sup>9</sup>*

- Duración excesiva del trabajo de parto y el parto.
- Corioamnionitis.
- Monitorización fetal interna.
- Exploraciones vaginales innecesarias o múltiples.
- Rotura prematura de las membranas ovulares.

iii. *Relacionados con la Intervención Obstétrica: (Grupo III)<sup>9</sup>*

- En la cesárea:

- Urgencia de la intervención.
  - Experiencia del operador.
  - Duración mayor de 1 h o menor de 30 m.
  - Pérdidas hemáticas mayores de 1 000 mL.
  - Anestesia general.
  - Extracción manual de la placenta.
- Instrumentación obstétrica
  - Episiotomía
  - Desgarros cervicales y/o vagino-perineales <sup>(7)</sup>

iv. *Profilaxis de la Infección Puerperal Relacionada con el Riesgo General de Infección: (Grupo I) <sup>9</sup>*

- Tratamiento correcto de la anemia.
- Atender el estado nutricional de la gestante.
- Atención prenatal óptima.
- Proscribir el coito en el último mes.
- Diagnosticar y tratar las infecciones cervicovaginales.
- Eliminar focos sépticos extragenitales.
- Proscribir irrigaciones vaginales y baños de inmersión en las últimas semanas.
- Evitar y tratar la constipación.
- Proscribir la amnioscopia, y realizar amniocentesis sólo con indicaciones muy precisas y con todas las medidas de asepsia y antisepsia.
- Movilización y deambulación precoz en el puerperio.
- Charlas educativas.
- Dar a conocer a la puérpera, al egreso, los signos y síntomas de la infección puerperal y recomendarle que acuda lo antes posible a su médico de la familia. <sup>(8)</sup>

- v. *Relacionados con el Parto*
- Cumplimiento estricto de las normas de asepsia y antisepsia.
  - Cumplir las normas de asistencia al parto.
  - Evitar la deshidratación.
  - Disminuir las manipulaciones intravaginales a las estrictamente necesarias, sobre todo cuando ocurra la rotura prematura de las membranas ovulares.
  - Evitar heridas del tracto genital, y de ocurrir suturarlas correctamente. <sup>(4)</sup>
- vi. *Relacionados con la Intervención Obstétrica: (Grupo III) <sup>9</sup>*
- Técnica correcta de la cesárea, y cumplir las normas de asepsia y antisepsia.
  - Anestesia general, según lo normado.
  - Toda intervención obstétrica debe ser realizada o ayudada por un especialista.
  - Tener presente las características de la urgencia y la duración de la intervención para el tratamiento adecuado.
  - Reponer pérdidas hemáticas si el sangramiento es mayor de 1 L.
  - Esperar el alumbramiento espontáneo, según lo establecido.
  - Realizar episiotomía, según lo indicado.
  - Antibioticoterapia según la clasificación de la operación: limpia, limpia contaminada, contaminada o sucia. <sup>(4)</sup>
- vii. *Diagnóstico de la Infección Puerperal Clínico:*
- Toma del estado general.
  - Escalofríos.
  - Fiebre (por la tarde y la noche temprana).
  - Hipotensión arterial.
  - Subinvolución uterina (útero blando y doloroso).

- Loquios fétidos.
- Dolor y engrosamiento de los parametrios y/o de los anexos.
- Retención de membranas y tejidos placentarios.
- Puede demostrarse infección local de cuello uterino, la vagina, la vulva o el perineo, o la incisión quirúrgica. <sup>(4)</sup>

viii. *Complementario*

- Hemograma con diferencial. Generalmente habrá leucocitosis, pero de difícil interpretación, pues también se observa en el puerperio normal.
- Hemocultivos, y estudio directo y con cultivo de los loquios. El antibiograma es improductivo si no es el apropiado para las bacterias anaerobias. <sup>(4)</sup>

ix. *Ultrasonográfico*

- Apoya el diagnóstico de endometritis y el de otras afecciones de los genitales internos, y ayuda a decidir conductas. <sup>(4)</sup>

x. *Diferencial*

La sospecha de infección puerperal exige hacer el diagnóstico diferencial con las diferentes causas de fiebre en el puerperio, que serían:

- Enfermedad tromboembolia (trombosis venosa superficial y profunda de los miembros inferiores, trombosis venosa pélvica y embolismo pulmonar).
- Enfermedades del tracto urinario.
- Alteraciones de la mama (ingurgitación, supresión de la lactancia y mastitis).
- Enfermedades virales y respiratorias. <sup>(9)</sup>

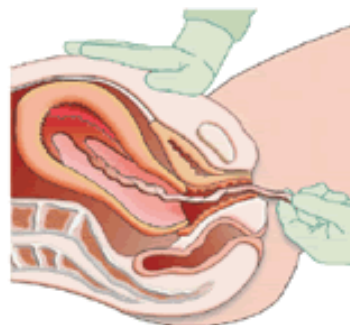
- xi. *Vías de Penetración de Infección*
- Herida placentaria y donde hay sangre, que es un medio de cultivo excelente para las bacterias y la vía de penetración más común.
  - Heridas del cuello uterino, la vagina, la vulva y el perineo (vías abiertas para la infección).
  - Decidua fina con orificios abiertos. <sup>(10)</sup>

xii. *Gérmenes Causales:*

Los gérmenes aislados con mayor frecuencia son la *Escherichia coli* y los estreptococos anaerobios. Además, pueden observarse estreptococos hemolíticos (beta y alfa), estafilococos aureus, citrus y albus), *Klebsiella*, *Proteus mirabilis*, enterobacter, pseudomonas, *Chlamidia trachomatis*, *Neisseria gono-rroheae* y diferentes especies de bacteroides incluido el *Bacteroides fragilis*, gérmenes de la vaginosis bacteriana y otros. <sup>(10)</sup>

## 2. La Placenta

La placenta, anexo embrionario muy especializado, propio de los mamíferos placentados, imprescindible para la supervivencia embrio-fetal, está formada por la zona más superficial del endometrio y el corion, asociado con el saco vitelino o el alantoides, dependiendo de la especie. La placenta provee el intercambio gaseoso y nutricio entre la madre y el feto, regulando así su crecimiento y metabolismo, secreta hormonas y posee propiedades inmunosupresoras facilitando la supervivencia del feto en el útero. <sup>(5)(15)</sup>



Obtenido de <https://www.goconqr.com/es-ES/p/16010879>

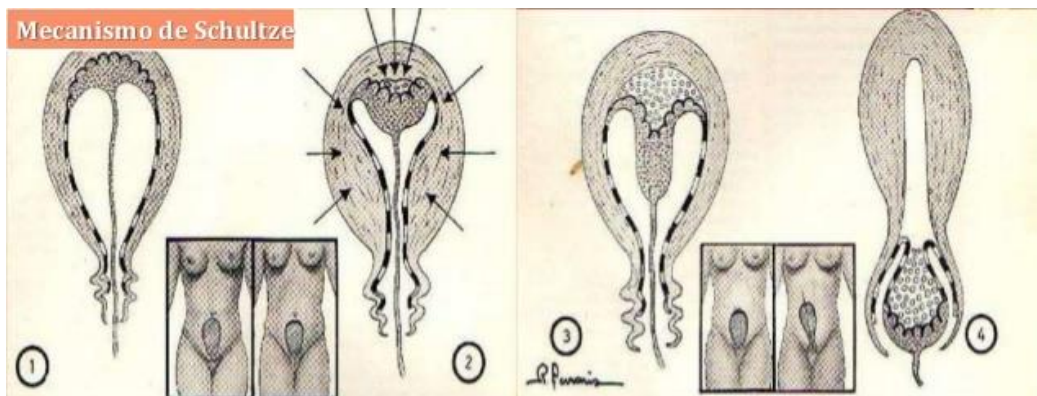
a. *Mecanismo del Desprendimiento Placentario*

Se define alumbramiento al desprendimiento, descenso y expulsión de los anexos ovulares: placenta y membranas.

El alumbramiento consta de 3 tiempos:

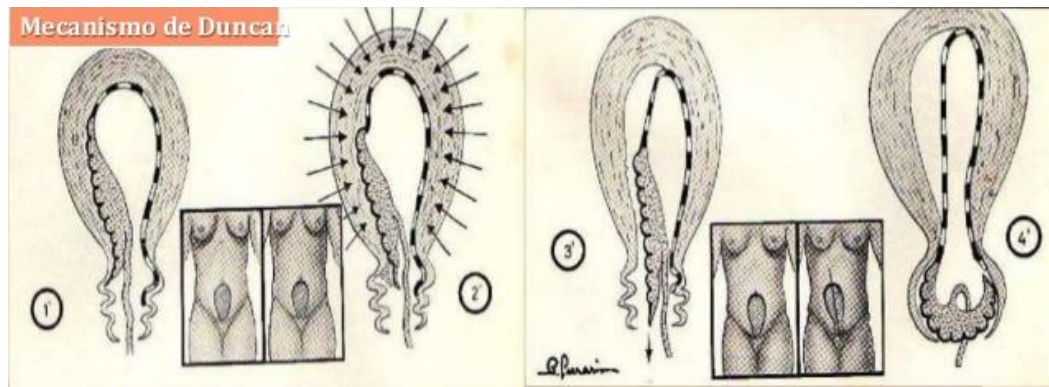
1º Desprendimiento de la Placenta. La salida del feto y del líquido amniótico provoca una fuerte retracción uterina. La placenta que no tiene la propiedad de retraerse queda haciendo prominencia en la cavidad uterina. Las contracciones uterinas junto con la retracción causan el desprendimiento en una zona del lecho placentario, con la formación de un hematoma retro placentario. Este último participa escasamente en el desprendimiento. La zona en que se desprende la placenta ocurre en la zona esponjosa de la decidua basal, restando junto al miometrio la parte superficial de ella y la capa basal. El tiempo que la placenta permanece sin desprenderse en la cavidad uterina se denomina tiempo corporal. <sup>(13)</sup> El desprendimiento de la placenta puede realizarse por medio de dos mecanismos:

- Mecanismo de Baudelocque-Schultze (80%). La formación del hematoma y, por tanto, el desprendimiento se produce en la zona central de la placenta. Durante el período del alumbramiento la sangre del hematoma no es eliminada al exterior; desciende y es expulsada por la cara fetal. Primero se expulsa la placenta (paraguas invertido) y luego se produce el sangrado. Dura de 4 a 10 minutos. <sup>(11)</sup>



Obtenido de <http://diagnosticoenmedicinablog.blogspot.com/2015/06/alumbramiento.html>

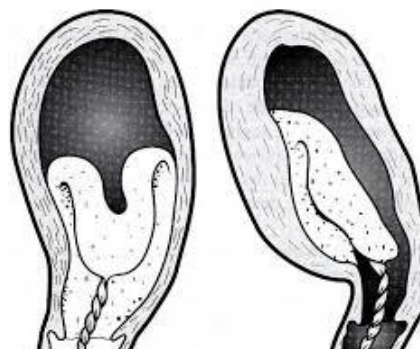
- Mecanismo de Baudelocque-Duncan (20%). El desprendimiento se produce por un borde y por ello la sangre del hematoma sale al exterior. Desciende y sale al exterior por un borde. Este mecanismo es propio de la placenta previa lateral o marginal. Las membranas se desprenden principalmente por la tracción que ejerce la placenta en su salida al exterior y, en mucho menor grado, por la formación de pequeños hematomas por fuera del corion. <sup>(11)</sup>



Obtenido de <http://diagnosticoenmedicinablog.blogspot.com/2015/06/alumbramiento.html>

2º Descenso de la Placenta. La placenta desprendida por la acción de las contracciones uterinas y la acción de la gravedad pasa al segmento y luego de algún tiempo, desciende a la vagina. <sup>11</sup>

3º Expulsión de los Anexos Ovulares. Si esta etapa se deja abandonada a las fuerzas naturales, la placenta puede permanecer mucho tiempo en la vagina. Otras veces despierta la sensación de pujos y es expulsada al exterior, arrastrando con ella a las membranas ovulares. <sup>11</sup>



Obtenido de <http://diagnosticoenmedicinablog.blogspot.com/2015/06/alumbramiento.html>

### 3. Hemorragias del Tercer Periodo del Parto

Como definición tenemos que Hemorragia Postparto (HPP) se define usualmente como el sangrado del tracto genital de 500 ml o más en las primeras 24 horas en un parto vaginal o de 1,000 ml en la cesárea. También se considera que cualquier pérdida hemática que cause alteración hemodinámica de la paciente debe ser considerada como hemorragia postparto. <sup>(3)</sup>

El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología lo define como la disminución del hematocrito de por lo menos el 10% o una hemorragia que requiera transfusión de sangre. <sup>(6)</sup>

Su diagnóstico debe ser en forma oportuna para darle un manejo adecuado. El volumen sanguíneo de una embarazada con hipervolemia normalmente aumenta de 30 a 60%, esto corresponde a 1500 a 2000 ml para una mujer de tamaño promedio. Una mujer tolera una pérdida de sangre en el momento del parto, que se aproxima al volumen de sangre que añadió durante el embarazo. <sup>(2)</sup>

La frecuencia de la hemorragia posparto es de 3% a 4% por parto vaginal y 9% por cesárea y se clasifican en dos tipos:

- Hemorragia posparto temprana,- Se llama así a la que tiene lugar las primeras 24 horas del puerperio, la mayoría ocurre en la 2 primeras horas. Que son causas de morbimortalidad.  
Se presentan: La atonía uterina, retención de placenta, retención de restos placentarios, laceraciones o hematomas del tracto genital, inversión uterina y coagulación intravascular diseminada. <sup>(9)</sup>
- Hemorragia posparto tardía.-Se presenta después de las primeras 24 horas hasta las 6 semanas después del parto la frecuencia oscila del 5 al 15%.Se presentan por Retención de restos placentarios, endometritis, sub involución uterina y pólipo placentario. <sup>(9)</sup>

La OMS estima que mueren en el mundo 515,000 mujeres anualmente, a causa de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio de las cuales 99% proceden de países no desarrollados o en vías de desarrollo. <sup>(12)</sup>



La hemorragia post parto es la primera causa de muerte materna en el mundo, dentro de las hemorragias la que mayor magnitud adquiere es la que se presenta en el periodo de alumbramiento y puerperio inmediato. La hemorragia post parto con más del 75% de las complicaciones graves que ocurren en las primeras 24 horas del periodo post parto. <sup>(16)</sup>

Se realizó un estudio para determinar las principales causas, factores de riesgo, grupo etario más afectado y determinar el manejo terapéutico más frecuente. Para ello se revisó el archivo del departamento de ginecología y obstetricia del hospital nacional Pedro Betancourt, durante el periodo de 1 de enero de 1994 al 31 de diciembre de 1998, se encontró 210 casos que se incluyeron en el estudio. Observando que la causa principal de hemorragias postparto es la retención de restos placentarios (34.2%), el grupo etario más afectado es el comprendido entre 26 a 30 años con un 23.81% y como principal factor de riesgo el parto por cesárea con 14.7%. se determinó que tantos factores de riesgo como las causas de hemorragia post parto son más frecuentes en mujeres jóvenes por lo que se recomendó principalmente continuar educando al grupo de mujeres adolescentes. <sup>(18)</sup>

En un estudio investigativo se presentaron 30 casos de mujeres que sufrieron hemorragia postparto de 1149 partos atendidos en el centro obstétrico del Hospital General Dr. Rafael Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta, en la Republica de Ecuador, durante el periodo de Septiembre del 2012 a Febrero del 2013, que comprende el 2.61% del total de partos. Se confirmaron los casos de hemorragia post parto por los análisis realizados de las historias clínicas archivadas en el Departamento de Estadística de Hospital, datos que guardan cierta similitud con un estudio realizado en la clínica las Condes de la ciudad Santiago de Chile, donde se presentó una frecuencia del 2.2%. En relación a la etiología la hemorragia post parto se encontró que la atonía fue la causa más frecuente de los casos en un 43%, seguida por alumbramiento incompleto con un 27%, luego el desgarro perineal 20% y un 10% de desgarro de cérvix, lo que concuerda con estudios a nivel nacional e internacional siendo las causas más frecuentes de hemorragia obstétrica. <sup>(9)</sup>

Sobre factores de riesgo de la hemorragia post parto inmediato: estudio caso-control en el Hospital Sergio E. Bernales – Colloque, durante el periodo de abril – octubre de 2003, de corte analítico, retrospectivo de casos y controles. En el cual se pretendía determinar los factores de riesgo de hemorragia post parto inmediato. Identificar la frecuencia de hemorragia post parto inmediato y determinar la diferencias de hematocrito pre y post parto en los casos de hemorragia post parto inmediato. Los resultados de hemorragia post parto fue del 3.03 % (cesáreas: 2.63 %, partos vaginales: 3.21%). Los factores de riesgo encontrados fueron: retención de restos placentarios todos los casos en partos por vía vaginal y desgarros de cérvix, vagina y periné igualmente en todos los casos en partos por vía vaginal. Se encontraron dos factores asociados a hemorragia post parto que tuvieron el valor de p significativo: retención de coágulos y coagulopatía de consumo. En conclusión, los factores de riesgo identificados son la retención de restos placentarios y los desgarros de cérvix, vagina y periné, los dos factores en partos por vía vaginal mas no se presentan factores de riesgo en partos por cesárea. Una paciente que presento el factor de riesgo de retención de restos placentarios tuvo 9.7 veces más riesgo de hacer una hemorragia post parto en comparación a las que no presentaron el factor. La frecuencia de hemorragia post parto en el hospital de estudio fue 3.03%.<sup>(12)</sup>

Se estima que alrededor de 14 millones de mujeres sufren pérdida de sangre severa después del parto, y que el 1% de éstas muere como consecuencia. Un 12% adicional sobrevive con anemia severa. Las secuelas adversas de la hemorragia postparto a menudo se ven agravadas en los países de bajos recursos por la anemia preexistente y el VIH/SIDA, lo que significa que incluso cantidades menores de pérdida de sangre pueden ser fatales.<sup>(23)</sup>

El informe de investigaciones confidenciales sobre muertes maternas de Sudáfrica (The South African Confidential Enquiries in to Maternal Deaths) indicó que la hemorragia postparto fue la tercera causa más frecuente de muerte, y que fue responsable de 313 muertes en un total de 3406 en los años 2002 a 2000. El informe de Sudáfrica, que describe las muertes en las instituciones de salud, demuestra que la mayoría de las muertes debido a hemorragia postparto (40%)

tiene lugar en instituciones de nivel primario, como clínicas u hospitales de distrito. <sup>(1)</sup>

En el informe, los factores relacionados con la comunidad y el paciente, la falta de transporte de emergencia, la falta de personal debidamente capacitado, la falta de sangre para transfusiones y el tratamiento sub estándar estuvieron incluidos entre los factores evitables.<sup>(17)</sup>

En un estudio retrospectivo realizado en el instituto materno perinatal de lima cuyo título es “mortalidad materna institucional” se revisaron 169 casos de muerte materna durante el periodo de enero de 1986 a diciembre de 1995, donde se concluyó que la tasa de muerte materna para la institución fue de 70.6 por 100,000 nacidos vivos. Y que la causa principal de muerte materna en esta institución fueron las infecciones con 36% (atonía uterina, endometritis puerperal, pelvi-peritonitis pos cesárea), las hemorragias con 20.13% (atonía uterina, desprendimiento placenta, ruptura uterina, placenta acreta, óbito fetal, placenta previa, ectópico roto, hematoma post quirúrgico) y las enfermedades hipertensivas con 18.93%. <sup>(12)</sup>

a. *Retención Placentaria:*

La placenta retenida afecta del 0,5% al 3% de las mujeres después del parto y si no se trata tiene una morbilidad considerable. <sup>22</sup>

Definida como la no expulsión o retención de la placenta dentro del útero en los 30 minutos del alumbramiento espontáneo y por más de 15 minutos si se realizó alumbramiento dirigido, o la falta de expulsión total o parcial de la placenta dentro de los 30 minutos posterior al nacimiento. <sup>9</sup>

La placenta se puede encontrar adherida o bien encarcelada en el útero, por lo que no puede ser expulsada y la cavidad uterina ocupada no logrará contraerse eficazmente, y el sangrado continúa.

Se puede esperar hasta 30 min para que se produzca la salida de la placenta mediante maniobras de tracción controlada más oxitocina, si la placenta y membranas no se eliminan durante este tiempo, se debe sospechar de una placenta retenida. Existen estudios que demuestran que

un mayor número de cicatrices uterinas por procedimientos como cesáreas anteriores, miomectomias entre otros incrementan el riesgo de retención placentaria.<sup>21</sup>

La placenta retenida es una complicación potencialmente mortal debido a su asociación con la hemorragia postparto.<sup>18</sup>

La extracción manual de la placenta aumenta la probabilidad de contaminación bacteriana en la cavidad uterina.<sup>22</sup>

Una vez desprendida la placenta puede quedar detenida en el segmento inferior del útero. La expulsión se realiza mediante expresión simple uterina ayudada por los pujos de la parturienta. Esta situación no puede considerarse como patológica.<sup>22</sup>

Otras veces, la placenta no se desprende de su lecho de inserción (1% de los partos) en un tiempo prudencial, que se estima en 30 minutos.<sup>2</sup>

En algunas ocasiones puede ocurrir que la placenta se desprenda pero no pueda expulsarse por trastornos dinámicos uterinos. Se producen así por hiperdinamia anillos de constricción por encima del segmento inferior que determinan la retención sobre ellos de: toda la placenta desprendida incarceration, o parte de ella.<sup>22</sup>

La placenta retenida es una complicación potencialmente mortal debido al riesgo asociado de hemorragia, shock e infección, así como las complicaciones relacionadas con su extracción. Esta complicación sigue causando un alto número de muertes maternas en todo el mundo. Algunos estudios notificaron una mortalidad materna de un 5,6% a casi un 10% en las zonas rurales debido a placenta retenida. La mortalidad debida a placenta retenida fue un 3,33% de la mortalidad general por partos vaginales. La principal consecuencia clínica de la placenta retenida es la hemorragia postparto masivo, no controlado, que requiere tratamiento inmediato. Esta complicación puede ocurrir en cerca de un 10% de los casos.<sup>1</sup>

La incidencia informada de placenta retenida varía desde un 1% a un 5,5% según la definición de tercera etapa del trabajo de parto prolongada, que varía de 10 a 60 minutos en diversos informes. Se informó una incidencia

de placenta retenida de un 3,3% con un punto de corte de 30 minutos .Todavía no existe un acuerdo definitivo acerca del período de tiempo que debe transcurrir en ausencia de sangrado antes de que la placenta se extraiga manualmente <sup>5</sup>. Cuando la tercera etapa del trabajo de parto se acerca a 30 minutos o a más, aumenta el riesgo de hemorragia.<sup>18</sup>

b. *Restos Placentarios*

Se presentan casos en los que sin existir un problema de penetración excesiva de la placenta o acretismo, hay retención de lóbulos o de fragmentos placentarios lo cual ocasiona hemorragias severas después del parto. Esto se previene o se resuelve mediante la revisión manual cuidadosa de toda la cavidad uterina después del alumbramiento.<sup>21</sup>

Clasificación:

Total: Distocias dinámica; inercia, anillos de contracción

Distocias Anatómicas: Adherencias anormales de la placenta.

Parcial: Restos de placenta (cotiledones)

Restos de membranas.<sup>23</sup>

c. *Retención Placentaria y Restos: Etiología*

El hecho de que no se desprenda la placenta puede deberse a:

- No se producen contracciones uterinas normales que originen el despegamiento placentario normal. Esta atonía uterina es frecuente en partos prolongados o con gran distensión uterina (parto gemelar, hidramnios).<sup>15</sup>
- Existencia de alteraciones uterinas (miomas, malformaciones) o anomalías de la placenta.<sup>5</sup>
- Placenta insertada en un lugar poco habitual (cuerno uterino) o que se trate de una adherencia normal, o que se trate de una placenta acreta.<sup>15</sup>
- La retención placentaria es frecuente en partos prematuros.<sup>5</sup>
- Las encarceraciones y engatillamientos: Encarceración de la placenta desprendida que permanece en cavidad uterina o parcialmente en vagina

por espasmo uterino. Pueden deberse a maniobras intempestivas, como tracciones de cordón o expresiones uterinas inadecuadas.<sup>15</sup>

- Atonía uterina.<sup>5</sup>
  - Inercia uterina.<sup>5</sup>
  - Anillos de contracción (los espasmos). Es la contractura de una zona circular del útero (anillo de Bandl, etc.). Pueden ser esenciales o secundarias a masaje o uso incorrecto de oxitocina. Al quedar la placenta retenida por encima del anillo se impide la retracción uterina y la contracción de los vasos, produciéndose hemorragia.<sup>15</sup>
  - Las adherencias anormales: de extensión focal, parcial o total, y de diferente variedad: placenta acreta, increta y percreta).<sup>5</sup>
  - Placenta succenturiata: En la cual se desarrollan uno o varios lóbulos accesorios a la membrana. Esto tiene mucha importancia ya que los lóbulos quedan a veces retenidos en el útero, después de la expulsión de la placenta.<sup>24</sup>
  - Los restos placentarios retenidos tras la salida de la mayor parte de la placenta son otra causa de sangrado, ya que impiden la correcta contracción del útero. La retención de restos placentarios puede ocurrir en cualquier parto, por lo que es obligatoria la revisión sistemática de la placenta por parte del personal sanitario tras el alumbramiento para comprobar la total integridad de éstas y sus membranas.<sup>8</sup>
- i. *Acretismo Placentario*: Es la inserción anormal de parte o de toda la placenta, con ausencia total o parcial de la decidua basal y anomalía de la caduca verdadera con penetración de las vellosidades coriales al miometrio. <sup>1</sup>

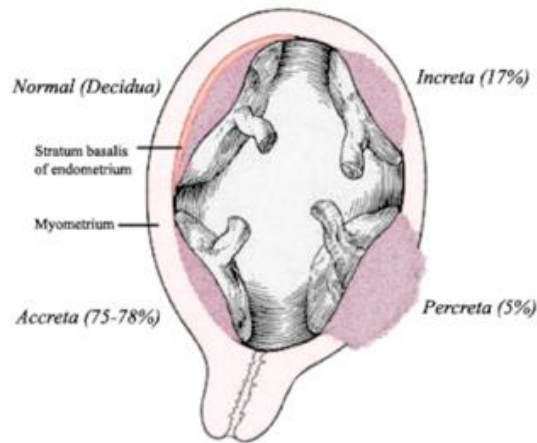
De acuerdo al avance de la placenta se clasifica en:

- Placenta Acreta: llega a contactar con miometrio pero no lo penetra.
- Placenta Increta: miometrio invadido por las vellosidades.
- Placenta Percreta: Las vellosidades llegan al peritoneo

- Placenta Destruens: Las vellosidades perforan el peritoneo y llegan a cavidad abdominal.<sup>1</sup>

De acuerdo a la extensión de la placenta anómala en:

- Total (la superficie completa de la placenta esta anormalmente adherida)
- Parcial (uno o más cotiledones se involucran en el proceso) la más frecuente
- Focal (solo involucra pequeñas áreas de la placenta).<sup>1</sup>



Obtenido de <http://wellrounded.blogspot.com>

- ii. *Lóbulos Accesorio:* La placenta puede presentar un cotiledón accesorio o lóbulos satélites, con conexiones vasculares al cuerpo placentario. Estos lóbulos no siempre son expulsados durante el alumbramiento y ocasionan hemorragia post-parto.<sup>6</sup>
  
- d. *Retención de Restos Placentarios: Factores de Riesgo*
  - Mujer de 35 años a mas
  - Multípara
  - Legrados repetidos
  - Endometriometritis
  - Miomatosis
  - Cirugías en útero, etc.<sup>6</sup>

e. *Retención Placentaria y Restos: signos y síntomas*

La placenta retenida puede presentar diferentes escenarios clínicos; que dependen del estado de la placenta: ya sea desprendida (atrapada; separada de la pared uterina, pero sin ser expulsada a través del cuello uterino) o no desprendida (fracaso de la placenta para separarse de la pared uterina).<sup>11</sup>

Generalmente la pérdida sanguínea excesiva posparto ocurre en la forma desprendida, pero no en la forma no desprendida. La atonía uterina es una causa frecuente en ambos escenarios.<sup>11</sup>

El anillo de constricción es una causa de placenta retenida y desprendida, aunque la inhibición placentaria persistente de las contracciones miométricas explica algunos casos en el segundo escenario. Ambos tipos se pueden diferenciar clínicamente y ecográficamente.

Clínicamente, si el fondo del útero se siente pequeño y contraído o si el borde de la placenta es palpable a través del cuello uterino, es un caso de placenta retenida y desprendida. Por otro lado, si el útero es laxo y no se percibe una porción de la placenta a través del cuello uterino, se trata de una placenta retenida y no desprendida.<sup>11</sup>

Ecográficamente la distinción es más evidente. Con una placenta retenida y desprendida, se observa que todo el miometrio se engrosa y se percibe con frecuencia una demarcación clara entre la placenta y el miometrio. Por el contrario, con la placenta retenida y no desprendida, el miometrio se engrosa en todas las áreas excepto donde la placenta está adherida; en estos sitios, es muy delgado o casi invisible.<sup>25</sup>

La placenta no se desprende. El útero está blando, elevado hasta el ombligo, puede que desviado hacia un lado (generalmente hacia la derecha). En algunos casos (incarceraciones y engatillamientos) mediante palpación el útero presenta irregularidades e induraciones.<sup>5</sup>

Clínicamente aparece una hemorragia lenta pero continua, que no corresponde a los oxitócicos, debida a la retención de restos en la cavidad. Las manifestaciones clínicas dependen del volumen de sangre perdida, la



rapidez y el estado de la paciente. No es una hemorragia copiosa y súbita, sino escasa, lenta y continua. Un escurrimiento constante, gota a gota, en 1 o 2 h puede llegar a volúmenes alarmantes. <sup>2</sup>

El pulso y la presión arterial pueden ser engañosos, ya que se pueden modificar moderadamente. Se debe revisar el útero para evitar el cúmulo mayor de sangre.<sup>2</sup>

f. *Retención Placentaria y Restos: Diagnostico*

Llegamos al diagnóstico de una retención placentaria cuando a los 30 minutos de haberse producido el nacimiento del bebé, la placenta no se desprende, en los casos donde se ha realizado el manejo activo del alumbramiento, se diagnosticara retención placentaria si la placenta se encuentra adherida por más de 15 minutos luego del nacimiento del bebé.

La placenta no se desprende, el útero está blando y elevado hasta el ombligo, puede que desviado hacia un lado (generalmente hacia el lado derecho), mediante la palpación del útero, presenta irregularidades e induraciones. Al examinar la placenta, posterior al parto (inspección que se debe hacer en todos los partos), se observa que la placenta está incompleta por su cara materna. <sup>2</sup>

El lecho del cotiledón retenido muestra un aspecto anfractuoso y es imposible coaptar de los bordes de la zona cruenta. <sup>24</sup>

En el caso de retención de cotiledones aberrantes se observa en las membranas, por transparencia y cerca del borde placentario, el extremo truncado del vaso que alimentaba el cotiledón retenido. <sup>22</sup> Obsérvese que no se está recomendando la revisión manual intrauterina como rutina, en realidad se condena por el peligro de sepsis que inútilmente conlleva.<sup>23</sup>

La retención de las membranas se diagnostica al ocurrir el alumbramiento natural y también cuando está indicado el artificial; al percibir que las membranas resisten la tracción y se desgarran o también al examinar la placenta, se aprecia ausencia total o parcial de las membranas. <sup>13</sup>

La ecosonografía es, en la actualidad, un método de gran ayuda en el diagnóstico de esta complicación al permitir visualizar imágenes ecogénicas

complejas en la cavidad endometrial postparto, a diferencia de la imagen lineal del endometrio puerperal normal. <sup>25</sup>

- Retención placentaria total o parcial
- Útero de consistencia normal a la palpación
- Presencia de factores predisponentes
- De certeza es la anatomía patológica.
- Ecografía.

El diagnóstico ecográfico dinámico de la etapa expulsiva del parto ha demostrado que las contracciones miométricas retro placentarias son necesarias para la separación de la placenta y que la falta de contracciones retro placentarias produce la retención de la placenta. <sup>25</sup>

Se demostró que las vellosidades placentarias de anclaje se pueden contraer y relajar, y que esta capacidad se encuentra bajo el control del óxido nítrico. La interacción entre la oxitocina y el óxido nítrico podría ser importante para promover la separación de la placenta. <sup>13</sup>

g. *Diagnóstico Diferencial:*

Si el útero está blando, hay que descartar retención de restos. Como el diagnóstico de retención de cotiledones aberrantes o feto papiráceo retenido puede ser difícil, hay que observar bien la placenta para ver si existen vasos sanguíneos interrumpidos hacia las membranas y realizar una revisión manual de la cavidad interna que permite además la extracción de restos. <sup>17</sup>

h. Retención Placentaria y Restos: Complicaciones

La infección y la hemorragia son complicaciones importantes de la extracción manual. <sup>1</sup>

La inversión uterina es un proceso muy raro que consiste en la aparición del fondo uterino a través del canal del parto. Puede superar la vulva y entonces todo el útero invertido asomaría fuera de los genitales externos. Es una invaginación del fondo y/o cuerpo del útero dentro de sí mismo. Es una emergencia obstétrica. <sup>1</sup>

La inversión uterina fuera del embarazo es absolutamente excepcional, se trata de una patología del alumbramiento que puede producirse antes o después de haberse desprendido la placenta. También raramente puede descubrirse en el puerperio.<sup>8</sup>

La inversión uterina puede ocurrir con la placenta adherida o no. En cualquier caso cursa con hemorragia (sangran las paredes uterinas). Se asocia a dolor intenso, y en un 40% de los casos aparece shock, más por causas neurógenas que por la pérdida de sangre.<sup>6</sup>

i. *Tratamiento:*

Las opciones para el tratamiento de la placenta retenida incluyen la extracción manual de la placenta, el uso de fármacos uterotónicos más la tracción controlada del cordón o el uso de fármacos tocolíticos para facilitar la extracción manual de la placenta o para relajar el anillo de constricción que impide la expulsión de la misma.<sup>10</sup>

Recientemente se han utilizado los fármacos tocolíticos junto con los uterotónicos o secuencialmente después del fracaso de los uterotónicos para obviar la necesidad de extracción manual de la placenta.<sup>9</sup>

Si transcurrida media hora tras la expulsión del feto no se ha verificado el alumbramiento, y se supone que la placenta no se ha desprendido, se intentará el despegamiento, siguiendo los siguientes pasos:

- Se rectifica la postura del útero, se endereza y se aplica un masaje suave para que se contraiga.<sup>8</sup>
- Se administra oxitocina (vía intravenosa). Si se había administrado durante el periodo expulsivo se incrementará la dosis hasta 100-500 mU/minuto
- Si no se logra el desprendimiento se realiza la maniobra de Credé: consiste en ejercer una buena presión sobre el útero, abarcándole con la mano, el dedo pulgar sobre la cara anterior y los demás en la posterior. Repetir 3-4 veces. No olvidar que se pueden producir desprendimientos parciales de placenta (riesgo de hemorragia). No debe confundirse con la

simple expresión uterina que se realiza apoyando toda la mano sobre el útero para ayudar a la expulsión de la placenta ya desprendida. <sup>8</sup>

- Si no se logra el desprendimiento maniobra de Credé con anestesia. <sup>6</sup>
- Realizar la extracción manual de la placenta: con la enferma anestesiada, se introduce la mano con los dedos unidos (mano en comadrón) en el útero y se despega cuidadosamente la placenta con el borde cubital, mientras la mano externa sujeta el útero. Despegada la placenta la mano externa tira del cordón para extraer la placenta y la mano interna comprueba que el útero ha quedado vacío. <sup>20</sup>

En algunos casos en que se sospecha incarceration o engastillamientos (la placenta ya está desprendida) se resuelve con espasmolíticos. Si en la extracción manual se descubre una placenta Acreta se realizará histerectomía. <sup>15</sup>

i. *Extracción Manual de la Placenta: Requisitos:*

- Consentimiento informado. En caso de que la paciente por su estado de gravedad no pueda dar el consentimiento y no hay presente un familiar, se procederá conforme a la Ley. <sup>11</sup>
- Historia clínica.
- Análisis de laboratorio: Hemograma, hematocrito, grupo sanguíneo y factor Rh.
- Vía permeable con catéter intravenoso N° 18.  
\*Personal entrenado. <sup>11</sup>

Procedimiento:

- Colocar dos vías EV con cloruro de sodio al 9%, a una agregar oxitocina 10 UI. <sup>4</sup>
- Administre antibiótico profiláctico (ampicilina 2 gr EV una dosis).
- Aplicar medidas de bioseguridad.
- Evacuación vesical, preferentemente por micción o por sonda vesical.

- Masajee suavemente el útero para estimular una contracción. <sup>8</sup>
- Realizar tacto vaginal y determine la localización de la placenta.
- Intente sacar la placenta: sostener el útero, poner una mano encima de la sínfisis pubiana y presione (maniobra de Brand Andrews). No traccione bruscamente. Si no tiene éxito, comunique a la familia que tiene que realizar el procedimiento de extracción manual de placenta. Continúe con el paso siguiente. <sup>6</sup>
- Administración de pseudoanalgesia. (Diazepan 10 mg EV, o Midazolan 2.5mg, Atropina 0.5 mg EV, petidina 50mg. Endovenoso lento o Ketorolaco 1 ampolla IM).
- Colocarse guantes estériles, protéjase hasta el codo. <sup>3</sup>
- Aplicar solución antiséptica a la región vulvoperineal según técnica.
- Colocar campos estériles.
- Aplicar una mano en la vagina para verificar si se encuentra la placenta a ese nivel. Luego con la mano izquierda traicione el cordón y con la mano derecha deslícese por el cordón a la cavidad uterina. Si el cuello está parcialmente cerrado usar la mano como cuña para dilatarlo con contrapresión de la mano izquierda. <sup>4</sup>
- Deslizar los dedos de la mano entre el borde de la placenta y la pared del útero. Con la palma de la mano frente a la placenta, hacer un movimiento cercenante de lado a lado para separar delicadamente la placenta del útero. Cuando la placenta está separada y en la palma de la mano, estimular una contracción con la otra mano y extraerla delicadamente. Las membranas deben jalarse lenta y cuidadosamente hacia fuera. <sup>2</sup>
- Realizar masaje uterino combinado interno y externo.
- Agregar oxitocina 20 UI al cloruro de sodio y pasar 60 gotas por minuto.
- Examinar la placenta en caso de no estar completa realizar legrado uterino puerperal. <sup>4</sup>

- Registrar la información, incluir la estimación de la pérdida de sangre.
- Monitorice a la madre especialmente el sangrado vaginal.
- Continuar tratamiento antibiótico.
- Si persiste la retención de placenta, considerar la posibilidad de acretismo placentario y realizar tratamiento quirúrgico: laparotomía para histerectomía total o subtotal. <sup>8</sup>

ii. *Histerectomía Subtotal:*

En un segundo tiempo se puede extirpar el cuello y hacerla total.

El principal tratamiento es la histerectomía obstétrica total, debido a su frecuente asociación con placenta previa y cicatrices de cesáreas previas.

18

Este procedimiento es un desafío a las habilidades quirúrgicas del médico obstetra, por lo que es necesario conocer otras alternativas de tratamiento.

iii. *Uso de Fármacos Relajantes Uterinos:*

El fracaso de la expulsión de la placenta es poco frecuente y si no se trata se puede asociar con morbilidad significativa e incluso la muerte. El tratamiento convencional incluye la introducción de la mano dentro del útero bajo anestesia para extraer manualmente la placenta, lo que puede tener algunos riesgos. <sup>4</sup>

El uso de fármacos relajantes uterinos (tocolíticos), solos o con otros fármacos que estimulen las contracciones del útero, puede inducir la expulsión de la placenta y evitar la necesidad de este procedimiento invasivo.<sup>3</sup>

Esta revisión incluyó un ensayo aleatorio con 24 mujeres que no habían expulsado la placenta hasta 40 minutos después del parto y que recibieron un placebo o comprimidos de nitroglicerina sublinguales para facilitar la expulsión. (22) Ambos grupos recibieron oxitocina.

La probabilidad de experimentar la extracción quirúrgica de la placenta y la pérdida sanguínea fueron menores en las mujeres que recibieron comprimidos de nitroglicerina. La nitroglicerina sublingual disminuyó la presión sanguínea al mínimo y aumentó la frecuencia del pulso. <sup>22</sup>

Este resultado necesita confirmación en ensayos más grandes con tamaños de muestra adecuados para comprobar la función de los fármacos tocolíticos en el tratamiento de los diversos subtipos de placenta retenida. <sup>22</sup>

Guatemala como sociedad multiétnica, pluricultural y multilingüe presenta, desde los tiempos de la colonia, altos niveles de desigualdad, inequidad y discriminación, que afectan con mayor intensidad a las etnias indígenas y poblaciones rurales, que en su conjunto es la mayoría de la población. En este contexto, el desarrollo socio-económico ha producido elevados niveles de pobreza general y extrema, de tal manera que en la actualidad el 51% de guatemaltecos son pobres y el 15.2 % extremadamente pobres; sin embargo, estos promedios no reflejan la inequidad social, pues tales porcentajes se incrementan sustancialmente en las poblaciones indígenas y rurales. <sup>10</sup>

En el campo de la salud, las inversiones estatales presentes y pasadas han sido insuficientes e inequitativas. El gasto público dedicado a salud en los últimos años no ha superado el 2.5% del PIB y para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) ha sido alrededor del 1%. Con este pobre gasto público en el rubro de salud, los ciudadanos han tenido que aportar el mayor porcentaje para el gasto nacional en salud en el país, alrededor del 70% en la actualidad. Adicionalmente, el gasto público se concentra en la ciudad capital y en algunas otras áreas urbanas, con el consecuente descuido de la atención de las poblaciones con las más deterioradas condiciones de vida y por consiguiente de salud. <sup>18</sup>

Producto de tales condiciones sociales y económicas, Guatemala tiene indicadores nacionales de salud desfavorables, entre los cuales ocupan un importante lugar los relativos a la salud reproductiva, donde se destaca la alta

mortalidad materna, cuyo valor es sustancialmente más alto en madres que sufren la inequidad con mayor intensidad: pobres, indígenas y rurales. <sup>18</sup>

En Guatemala, nuestro ministerio de salud por sugerencia de la OPS, a partir de octubre del 2006 se inició a emplear el manejo activo del tercer periodo del parto y la administración de oxitocina profiláctica para la prevención de la hemorragia posparto al inicio fue difícil pero fue paulatinamente más utilizada hasta que ahora es de manera rutinaria su realización, sin embargo, no existen datos estadísticos acerca de la incidencia real de dicha patología ni estudios previos realizados en este hospital regional. <sup>10</sup>



### III. OBJETIVOS

#### 3.1 General

- a. Determinar la prevalencia de retención de restos placentarios en mujeres post parto en los servicios del departamento de ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Zacapa, durante el periodo de 2013-2017.

#### 3.2 Específicos

- a. Caracterizar a las pacientes en relación a edad, procedencia, estado civil, ocupación y escolaridad, en pacientes post parto en los servicios del Departamento de ginecología y obstetricia.
- b. Determinar los antecedentes gineco-obstetricos de las pacientes con retención de restos placentarios, en los servicios del departamento de ginecología y obstetricia del hospital regional de Zacapa.
- c. Determinar el tipo de parto en pacientes con retención de restos placentario en los servicios del departamento de ginecología y obstetricia.
- d. Establecer el lugar donde se atendió el parto en las pacientes con retención de restos placentarios, en los servicios del departamento de ginecología y obstetricia.
- e. Establecer que proveedor de salud atendió el parto en las pacientes con retención de restos placentarios.
- f. Describir las complicaciones en pacientes con retención de restos placentarios.
- g. Describir el tratamiento aplicado en las pacientes con retención de restos placentarios.
- h. Determinar el periodo del puerperio en el que se encontraron las pacientes con retención de restos placentarios, en los servicios del departamento de ginecología y obstetricia del hospital regional de Zacapa.

#### IV. MATERIAL Y METODOS

##### 1. Tipo de Estudio

Estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal

##### 2. Población o Universo

Pacientes con retención de restos placentarios post parto que permanecieron ingresadas en los servicios de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Zacapa del 2013 al 2017.

##### 3. Selección y Tamaño de la Muestra

Considerando la naturaleza de la investigación y el número de egresos anual por el evento motivo que se investigo, se tomo el universo de estudio, teniendo un universo de 85 casos.

##### 4. Sujeto u Objeto de Estudio

Pacientes en su puerperio inmediato, que se atendieron en los servicios del departamento de ginecología y obstétrica del hospital regional de Zacapa, durante los años 2013-2017.

##### 5. Criterios de Inclusión y Exclusión

###### a) *Inclusión*

- Paciente con diagnóstico de retención de restos placentarios dentro del periodo de 42 días posparto, atendidas en el hospital regional de Zacapa, durante los años 2013-2017.
- Expedientes clínicos completos con diagnóstico de restos placentarios, atendidas en el hospital regional de Zacapa, en el puerperio, durante los años 2013-2017.

###### b) *Exclusión*

- Pacientes con más de 42 días posparto que se atendieron en los servicios del departamento de ginecología y obstétrica del hospital regional de Zacapa, durante los años 2013-2017.

- Pacientes con embarazos menores de 20 semanas con complicaciones hemorrágicas atendidas en el hospital regional de Zacapa, durante los años 2013-2017.
- Pacientes sujetos de estudio cuyo Expediente clínico no se encontro en el archivo general del hospital regional de Zacapa.

## 6. Operacionalización De Las Variables

<b>Variable</b>	<b>Definición Teórica</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Escala de Medición</b>	<b>Unidad de Medida</b>
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento	Años registrados a partir del nacimiento, según el registro nacional de personas.	Cuantitativa	De Razón	Años
Estado Civil	Es la situación de las personas físicas y se determina por sus relaciones de familia, que nacen del matrimonio o del parentesco.	Situación civil de la paciente, en relación de parentesco, establecido en la historia clínica.	Cualitativa	Nominal	Unida Soltera Casada Divorciada Viuda.
Procedencia	Es el origen o el principio de	Lugar geográfico	Cualitativa	Nominal	Municipios

	donde nace o deriva.	de dónde provino según expedientes clínicos.			
Escolaridad	Grados aprobados en un establecimiento o de enseñanza.	Grado académico aprobado por la paciente, según el expediente clínico.	Cuantitativa	De Razón	Analfabeta, Primaria, Secundaria, Diversificada o Universitaria .
Ocupación	Oficio o profesión de una persona	Trabajo que desempeña laboralmente, según expedientes clínicos.	Cualitativa	Nominal I	Ama De Casa, Comerciante Profesional, Etc.
Paridad	El número de nacidos vivos y de nacidos muertos con más de 28 semanas de gestación.	Total de partos que ha tenido la paciente por antecedentes gineco-obstetricos obtenidos del expediente.	Cuantitativa	De Razón	Número de partos
Aborto	El número de perdidas	Total de abortos que	Cuantitativa	De Razón	Número de abortos

	gestacionales antes de las 20 semanas de gestación.	ha tenido la paciente por antecedentes gineco-obstetricos obtenidos del expediente.			
Parto	Expulsión de un feto con peso igual o mayor de 500g.	Tipo de parto mediante el cual se resolvieron los embarazos previos.	cualitativa	Ordinal	Eutócico Distócico
Lugar de asistencia del parto	Espacio físico en el cual ocurre el parto.	Lugar en el cual se asistió el parto, informado en el expediente clínico.	Cualitativa	Nominal	Hospital Regional, Hospital Privado, CAP, Centro de Salud, Casa de Habitación Vía pública, Medio de Transporte
Proveedor de Servicio de Salud	Persona presente durante el momento del	Persona que asistió al momento del parto,	Cualitativa	Nominal	Médico, Enfermera, Comadrona

	parto, que interviene en el acto.	según la descripción.			Otra persona, ninguna.
Retención de Restos Placentarios	No expulsión completa de la placenta	Pacientes con retención de lóbulos o de fragmentos placentarios post parto	Cualitativa	Nominal	Si No
Complicaciones Obstétricas	Disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, el parto y el trabajo de parto.	Complicaciones suscitadas en el momento del parto, descritas en el expediente clínico.	Cualitativa	Nominal	Muerte Choque Sepsis Hemorragia Rasgadura Otro
Tratamiento	Conjunto de medios con los cuales se pretenden curar una patología.	Terapéutica proporcionada en el momento del parto y puerperio, para resolver patologías.	Cualitativa	Nominal	Legrado Uterino Instrumentado, Extracción Manual, Medicamentos, otros.

Puerperio	Periodo de tiempo comprendido desde parto hasta los 42 días. Clasificado como Inmediato durante las primeras 24 horas. Mediato durante los 7 días después del parto y Tardío después de los 7 días, hasta los 42 días postparto	Tiempo transcurrido después de la expulsión del recién nacido y la placenta hasta los 42 días.	Cualitativa	Ordinal	Inmediato, Mediato, Tardío.
-----------	---	--	-------------	---------	-----------------------------

### 7. Instrumentos Empleados para la Recolección de La Información

Se revisaron las tarjetas verdes del departamento de estadística , los libros de ingresos y egresos del servicio de maternidad del hospital regional de Zacapa, al igual que el libro de procedimientos quirúrgicos correspondientes a los años 2013 – 2017, tomando los números de expedientes y posteriormente, se solicitó el acceso a los archivos de expedientes clínicos, revisando de forma manual por el investigador, los expedientes de las pacientes con diagnóstico de retención de restos placentarios, con el fin de llenar la Boleta de recolección de datos, anexo, para que posteriormente ser ingresados en el software Epi Info 3.5.4, con los datos tabulados se realizaron las gráficas correspondientes y se anexaron al informe final

## 8. Procedimientos Para La Recolección De La Información

Por medio del instrumento elaborado estratégicamente para la recolección de datos en los expedientes clínicos de las pacientes a estudio, se obtuvo la información necesaria para cada ítem de la boleta de recolección de datos seleccionando todos los expedientes con el diagnóstico de retención de restos placentarios, que se encuentren completos (anexo 2), luego se creó la base de datos en el software Epi Info. Donde posteriormente se trazaron las variables necesarias en base a los objetivos establecidos de caracterización y prevalencia, para que luego se crearan las tablas y gráficas correspondientes. Se realizó un análisis de cada objetivo en base a los resultados que se obtuvieron, para posterior, elaborar las conclusiones y recomendaciones del estudio en el informe final.

## 9. Plan De Análisis

En base a los resultados obtenidos de los expedientes en las boletas de recolección de datos, será ingresados en el software Epi Info 3.5.4, en el cual se realizó la tabulación de datos para que se analizaran en frecuencia simple y proporciones, luego se presentaron los resultados y gráficas correspondiente, así de esta manera cumplir con los objetivos de la investigación, para posteriormente redactar las conclusiones, y fuera elaborado el informe final, en el cual se presenta las propuestas en base a resultados.

## 10. Aspectos Éticos

Se redactó y entregó la carta de Solicitud y Aprobación de realización del presente estudio (Anexo 1), en el hospital regional de Zacapa, ante las autoridades competentes del hospital regional de Zacapa, haciendo ver que se tomó como identificación únicamente el número de registro de cada papeleta, asignado por el departamento de estadística de este hospital.

Por el tipo de estudio no se requiere consentimiento informado.



## V. RESULTADOS

Tabla No.1 Características Sociodemográficas de las Pacientes con Retención de Restos Placentarios Postparto en el Hospital Regional de Zacapa Durante el 2013-2017

	<b>Características</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<i>Prevalencia</i>	2017	3.68	17.6%
	2016	3.56	16.5%
	2015	4.70	23.55%
	2014	4.20	20%
	2013	4.56	22.35%
<i>Edad</i>	16-20 años	11	12.9%
	21-25 años	20	23.50%
	26-30 años	27	31.70%
	31-35 años	19	22.50%
	36-40 años	5	5.80%
	Mas 40 años	3	3.60%
<i>Procedencia</i>	Gualán	24	28.24%
	La Unión	27	31.76%
	Cabañas	5	5.88%
	Usumatlán	3	3.53%
	Huité	3	3.53%
	Rio Hondo	1	1.17%
	Zacapa	12	14.12%
	San Diego	1	1.17%
	El Progreso	6	7.06%
	Los Amates	3	3.53%
<i>Estado Civil</i>	Unida	33	38.82%
	Casada	31	36.47%
	Soltera	18	21.18%

	Viuda	3	3.53%
<i>Ocupación</i>	Ama de Casa	37	43.53%
	Comerciante	16	18.82%
	Maestra	10	11.76%
	Otros	22	25.88%
<i>Escolaridad</i>	Analfabeta	34	40%
	Primaria Incompleta	18	21.18%
	Primaria Completa	17	20%
	Básico	11	12.94%
	Diversificado	5	5.88%
<i>Paridad</i>	1 Parto	16	18.82%
	2-3 Partos	23	27.05%
	4-5 Partos	21	24.70%
	Mas 5 Partos	25	29.41

N = 85 Casos

Tabla No. 2 Características del Puerperio de las Pacientes con Retención de Restos Placentarios en el Hospital Regional de Zacapa durante el 2013-2017

	<b>Características</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<i>Tipo de Parto</i>	Eutócico	80	94%
	Distócico	5	6%
<i>Lugar de Atención</i>	Hospital	26	30.59%
	CAP	29	34.11%
	Centro de Salud	16	19.81%
	Casa Propia	14	16.37%
<i>Proveedor de Atención</i>	Medico	40	47.05%
	Enfermera	18	21.17%
	Comadrona	9	10.60%
	Familiar	13	15.30%
<i>Complicación</i>	Otros	5	5.88%
	Muerte	3	3.52%
	Shock	45	53%
	Sepsis	23	27.05%
<i>Tratamiento</i>	Hemorragia	14	16.47%
	Legrado	64	75.3%
	Extracción Manual	10	11.76%
	Medicamentos	9	10.58%
<i>Puerperio</i>	Otros	2	2.35%
	Inmediato	61	71.76%
	Mediato	16	18.82%
	Tardío	8	9.41%

N = 85 Casos

## VI. DISCUSION Y ANALISIS

El presente trabajo de investigación sobre la prevalencia en retención de restos placentarios en el Hospital Regional de Zacapa durante el periodo de 2013 – 2017, no tiene antecedentes de estudios realizados con el mismo diseño metodológico, con los cuales se pueda comparar y discutir, por ello se considera el presente trabajo como innovador.

En este estudio, se realizó el análisis de 15 variables contenidas en las historias clínicas los cuales fueron agrupados por las siguientes características: edad, procedencia, estado civil, ocupación, escolaridad, antecedentes gineco-obstetricos, tipo de parto, lugar de atención, proveedor de salud que atendió, complicaciones y tratamiento para su tabulación y análisis.

Durante la recolección de datos para la investigación se lograron encontrar un total de 85 casos de pacientes con diagnóstico de retención de restos placentarios en los 5 años de estudio, cifra menor en relación al tiempo de estudio, comparada con el hospital de Ecuador con 50 casos en 2 años, donde establecieron que el alumbramiento inadecuado fue causa de retención parcial de restos placentarios (44 casos 88%).<sup>19</sup>

El determinar que la prevalencia de retención se encuentra entre los 4 casos por cada 1000 partos anuales, en el hospital regional de Zacapa, nos permitirá darle seguimiento a fin de establecer la incidencia y compara con los porcentajes a nivel de países como el establecido en Perú el cual es de 1-5.5% casos de retención.<sup>6</sup>

Se logró comparar con resultados obtenidos en Ecuador<sup>19</sup>, donde de 30 casos de hemorragia posparto, 8 se debían a alumbramiento incompleto, mientras que el presente estudio reporto 64 casos de hemorragia por retención de restos placentarios, de 85 casos, esto nos manifiesta un número mayor de casos de hemorragia postparto secundario a retención de restos placentarios en el hospital regional de Zacapa, con la única diferencias que el presente estudio fue de 5 años en comparación al estudio realizado en Ecuador, el cual tuvo una duración de 2 años.

También podemos mencionar que se encontraron 3 muertes maternas relacionadas al alumbramiento incompleto que fueron desencadenantes de sepsis y shock hipovolémico por hemorragias postparto. En Perú<sup>20</sup>, la mortalidad debido a placenta retenida fue de 3.33%. Por lo que es urgente la aplicación del protocolo de Código Rojo para el manejo de shock hipovolémico, contando con el traje anti choque, con el cual aún no se cuenta, puesto que todas las medidas para la estabilización de la pacientes deben de ser implementadas en ese momento, sin escatimar esfuerzos. La mortalidad materna es un indicador del Índice de Desarrollo Humano y su reducción uno de los principales objetivo de la OMS ya que refleja inequidades en los servicios de salud. <sup>12</sup>

La caracterización de las pacientes que presentaron retención de restos placentarios, permite determinar que el grupo etario con mayor prevalencia está comprendido entre los 26 – 30 años como el 31.7% de los casos en estudios, población joven asociada a la etapa más activa en cuanto a sexualidad y fertilidad, relativamente y tomando en cuenta la base ancha de nuestra pirámide poblacional, esto permite identificar a la población que debe ser objeto de información y educación, para la prevención.

Mediante la residencia, se marcó diferencia, considerando que el mayor porcentaje de pacientes en el estudio residían en las áreas demográficamente alejadas de la cabecera departamental como son: la Unión con 27 casos y Gualán con 24 casos, lugares de difícil acceso y con mayor porción de área rural, aún más alejado de la cabecera departamental y por lo tanto con mayor demora en la atención adecuada en los casos de hemorragia obstétrico, y Zacapa municipio debido a la mayor afluencia de pacientes. Es también de tomar en cuenta que en el archivo de muerte materna del Hospital de Zacapa, durante el tiempo de estudio, se encontraron 3 casos, los cuales estaban asociados a Retención de Restos Placentarios Postparto, de los cuales dos fueron referidos de Hospitales Nacionales de Salamá y Jalapa a la Unidad de Cuidados Intensivos, ya que el Hospital Regional de Zacapa es tomado como de referencia de estos Departamentos; y uno proveniente del Municipio de Usumatlán del Departamento de Zacapa. Se hace

denotar la importancia ya que la muerte materna es un importante trazador en Salud Pública.

Otras características como el estado civil "unida" tuvo mayor prevalencia con 33 casos (38.82%). De la ocupación 37 de los casos eran Amas de casa, seguidas de otros en un 25.88% (22) dentro de los que se englobaron ocupaciones varias. En relación escolaridad podemos decir que en 30 casos eran analfabetas seguido de la primaria incompleta 18 casos (21.18%) y completa con 17 casos (20%). La carencia de educación dificulta la orientación adecuada de cualquier complicación o patología.

Antecedentes ginecológicos de las pacientes: se tomó en cuenta el número de partos con 25 casos (29.41%) con más de 5 partos y 23 casos (27.05%) con 2-3 partos, esto no manifestó mayor diferencia en relación a las secundigestas y las pacientes multípara, lo que hace resaltar lo imprevista que resulta la complicación del tercer periodo del trabajo de parto en cualquier embarazada, sin escatimar la historia ginecológica.

La cotidianidad de las pacientes en relación a la no institucionalización del parto, ya sea por factores sociodemográficos, como de desconocimiento por falta de información, empeora el pronóstico o evolución de la retención de restos. Lo anterior se ve respaldado por el hecho que el sitio de atención del parto de 29 de los 85 casos fue un Centro de Atención Permanente, que representa el 34.11% del estudio, seguido del Hospital donde se atendieron 26 (30.59%) de los casos.

En relación al proveedor de salud que atendió el partos, se logró establecer que el 47.05% de los casos (40) fueron referidos y atendidos por Médico, y el 21.17% por personal de Enfermería, cabe recalcar que únicamente el 10% de estos casos fueron atendidos por comadronas y el 15% por familiares, en domicilio propio, lo que nos permite considerar la importancia de los centros de atención permanente en atención de paciente.

Por el tipo de estudio, no se logra determinar los errores en el manejo, que pudieran ser factor de retención de restos placentarios; sin embargo en el estudio

realizado en Ecuador<sup>19</sup>, se encontraron errores en el manejo del tercer periodo del trabajo de parto, o en el momento del alumbramiento.

Se recomienda la capacitación al personal que brinda el control prenatal, sobre la importancia de la institucionalización del parto, la atención del mismo por personal capacitado y las complicaciones suscitadas durante el tercer periodo del parto son factores importantes para fortalecer los servicios de salud

La principal complicación encontrada durante el estudio fue 3 muertes asociadas, hemorragia en 14 casos seguido el estado de choque en 45 casos y sepsis en 27 casos, esto nos permite conocer que el tratamiento principalmente implementado en estas pacientes, es el tratamiento quirúrgico, mediante la realización del legrado intrauterino que fue realizado en 64 casos de la población en estudio, seguido de la extracción manual en 10 casos, aunque es de tomar en cuenta el estado hemodinámico compensado que nos permita llegar al sitio quirúrgico inmediatamente, lo cual se manifestó en mayor proporción durante el puerperio inmediato.

Todo lo anterior denota, la importancia de la institucionalización del parto, el adecuado control prenatal, con la información y concientización de la paciente embarazada para ser atendida en el evento obstétrico a nivel institucional considerando las complicaciones del tercer periodo del parto, para continuar con la disminución de la prevalencia, el mejor manejo y seguimiento de las complicaciones obstétricas futuras.

A la vez es importante enmarcar, que 80 casos que corresponde al 94 % del universo a estudios de retención placentaria sucedieron en parto eutócico frente a 5 casos para el 6% de partos distócicos, estadísticas menores que las encontradas en el Hospital Nacional Pedro Betancourt de Antigua Guatemala, en relación al tipo de parto (cesárea 14.7%).<sup>17</sup>

## 6.1 Conclusiones

- 6.1.1 La prevalencia en retención de restos placentarios fue en decremento del 4.7 por 1000 nacidos vivos hasta el 3.68 por 1000 nacidos vivos en el 2017.
- 6.1.2 La caracterización de las pacientes con retención de restos placentarios por grupo etario, se encontró de la siguiente manera: entre 26 – 30 años el 31.7%, seguido de 31 – 35 años 22.5%,. Según el municipio de residencia para las pacientes con retención de restos placentarios se distribuyeron 14 pacientes de Gualán y 27 de La Unión,. En relación al estado civil de las pacientes a estudio, el 38.82 % están Unidas, el 36.47% casadas y el 21.18% solteras. La ocupación de las pacientes se encontró distribuida de la siguiente manera: 43.53% son amas de casa, 18.83 % comerciantes y el 25.88% representa otras ocupaciones. Con respecto al grado de escolaridad, podemos establecer que el 35.30% de la población a estudio son analfabetas y el 21.18% contaron con primaria incompleta.
- 6.1.3 En los antecedentes ginecológicos el mayor número de pacientes contaba con paridad mayor de 5 partos en el 29.41%, seguido de 2-3 partos con 27.05%.
- 6.1.4 El tipo de parto con mayor prevalencia de retención fue el parto eutócico con el 94% y el parto distócico con el 6%.
- 6.1.5 El lugar de primera atención referido por la población a estudio fue el Centro de Atención Permanente con el 36.47%, seguido del Hospital con 25.88%, centro de salud con el 21.18% y casa propia con el 16.47%.
- 6.1.6 Según el proveedor de salud que asistió el parto, se concluye que el 47.05% fue atendido por Medico, 21.17% por Enfermería, y el 15.30% por Familiar.
- 6.1.7 De acuerdo con las complicaciones secundarias a retención de restos placentarios, se encontraron 3 muertes, 64 presentaron hemorragia, 45 Choque, 23 sepsis.
- 6.1.8 El principal tratamiento requerido fue el Legrado Uterino en 64 casos, 10 extracción manual, 9 recibieron tratamiento con medicamos y 2 otros.



6.1.9 Durante el puerperio inmediato, se encontraron 61 casos que corresponde a 71% de la población a estudio, seguido el Mediato con 16 casos (18.82%) y durante el puerperio alejado 8 casos para un 9.41%.

## 6.2 Recomendaciones

- Detección de las pacientes embarazadas con factores de riesgo por el llenado de la ficha de identificación de riesgo de la embarazada en los Centros de Atención Permanente y Consulta Externa de Ginecobstetricia del Hospital Regional de Zacapa.
- Consejería de los proveedores de salud de CAP, para orientar a las pacientes embarazadas desde el primer trimestre, durante su control prenatal, sobre la importancia del plan de parto.
- Institucionalizar el control prenatal, con más de 4 controles en los embarazos según las normas de atención, en los Centros de Atención Permanente y Consulta Externa de Ginecobstetricia del Hospital Regional de Zacapa.
- Referir a la embarazada para ultrasonido en el 2do y 3er trimestre del embarazo de los Centros de Atención Permanente y Consulta Externa de Ginecobstetricia del Hospital Regional de Zacapa.
- Institucionalizar el parto en las embarazadas del departamento de Zacapa.
- Fortalecer el manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto a los proveedores de salud de los Centros de Atención Permanente y del Departamento de Ginecobstetricia del Hospital Regional de Zacapa.
- Reforzamiento trimestral del Manual de Código Rojo a los proveedores de salud de los Centros de Atención Permanente y del Departamento de Ginecobstetricia del Hospital Regional de Zacapa.

### 6.3 Propuesta Del Plan De Acción

- Abordaje a los Proveedores de Salud de la paciente embarazada para el correcto y completo llenado oportuno de la **ficha riesgo de embarazada**.
- Consejería del **plan de parto** a la paciente embarazada en los CAP y Consulta Externa de Ginecobstetricia del Hospital Regional de Zacapa.
- Elaboración y socialización de la **hoja de referencia** para realización de ultrasonido desde el 2do y 3er trimestre del embarazo para los CAP y Consulta Externa de Ginecobstetricia del Hospital Regional de Zacapa.
- Consejería del **manejo del tercer periodo** del trabajo de parto a los proveedores de salud de los CAP y Departamento de Ginecobstetricia del Hospital Regional de Zacapa.
- Reforzamiento e Ilustración grafica de las actualizaciones del **Manual de Código Rojo** a los CAP y Departamento de Ginecobstetricia del Hospital Regional de Zacapa.

## 7 Referencias Bibliográficas

1. Schwarcz R. Obstetricia. 6 ed. Buenos Aires, Argentina: Editorial El Ateneo; 2005.
2. Gilstrap L. Postpartum Hemorrhage. Clin Obstet Gynecol. [en línea]. 1994 [citado 21 de jul 2016] Dallas, Texas; 37(4): 824-830. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00003081-199412000-00007>
3. Cunningham G, Levelo, Bloom, Spong, Hoffman E. Obstetricia de Williams. 24 ed. Dallas. McGrawHill, 2011.
4. Guatemala. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Manual de Manejo de Hemorragia Obstetrica, Guías Prácticas No.48. Guatemala: IGSS; 2013.
5. España. Hemorragia Postparto. An Sist Sanit Navar. [en línea] 2009 [citado 05 de may 2017] Pamplona, España; (32) p.159-167. disponible: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272009000200014](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200014)
6. Benites Vidal ES. Retención Placentaria Como Causa de Hemorragia Postparto en el Hospital de Vitarte. [Caso Clínico para Segunda Especialidad De Obstetricia en Atención Obstetrica de la Emergencia y Cuidados Críticos] Perú : Universidad Privada de Icas. 2016. [citado 14 de julio 2016] Disponible <http://repositorio.upica.edu.pe/bitstream/123456789/27/3/ELVIRA%20BENITES%20VIDAL%20%20RETEN%20PLACENTARIA%20COMO%20CAUSA%20%20HEM%20POSTPARTO.pdf>
7. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Estudio Nacional de Mortalidad Materna. Guatemala: MSPAS; 2007. Disponible [https://www.paho.org/gut/index.php?option=com\\_docman&view=document&slug=2011-estudio-mortalidad-materna-2007-segeplan-ops&layout=default&alias=566-2011-estudio-mortalidad-materna-2007-segeplan-ops&category\\_slug=sfc-salud-reproductiva-materna-y-neonatal-nacional&Itemid=518](https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=document&slug=2011-estudio-mortalidad-materna-2007-segeplan-ops&layout=default&alias=566-2011-estudio-mortalidad-materna-2007-segeplan-ops&category_slug=sfc-salud-reproductiva-materna-y-neonatal-nacional&Itemid=518)
8. Gilstrap LC, Cunningham FG, Van Dorsten. Urgencias en Sala de Partos y Obstetricia Quirúrgica: Manejo de la Hemorragia posparto. EUA. Panamericana, - 2002 (397-420), (575-585).
9. Sosa C, Althabe F, Baldizán JM, Buekens P. Risk Factors For Postpartum Hemorrhage in Vaginal Deliveries in a Latin-american Population. ACOG. 2009 Junio. 113(6):1313-9. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181a66b05.
10. Universidad Nacional de Colombia. Guía de práctica clínica para la prevención y el manejo de la Hemorragia postparto y complicaciones del choque hemorrágico. Rev Colomb Obstet Ginecol [en línea]. 2013 [citado 26 de enero 2017]; (64) 425-452. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v64n4/v64n4a04.pdf>
11. Santos Yauricaza Y. Factores de Riesgo de la Hemorragia Post Parto inmediato: Estudio de Caso - Control en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales-Collique. [tesis Licenciada en Obstetricia]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana; 2004 [citado 8 de septiembre 2016]. Disponible en:

[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/359/Pariguana\\_lj.pdf;jsessionid=2430BB6D62475F741AAA170ECCAC3832?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/359/Pariguana_lj.pdf;jsessionid=2430BB6D62475F741AAA170ECCAC3832?sequence=1)

12. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna. Informe de OMS. Ginebra: OMS; 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

13. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Sala Situacional de la Mortalidad Materna 2014-2015. Informe de MSPAS. Guatemala: MSPAS; 2017.

14. Canchila C, Laguna H, Paternina A, Arango A, De la barrera A. Prevención de la hemorragia postparto. [en línea]. Colombia; 2009 [citado 3 de mayo 2018]. Disponible en: <https://www.monografias.com/trabajos-pdf3/prevencion-hemorragia-postparto/prevencion-hemorragia-postparto.pdf>.

15. Rodríguez Salazar E. Atonía uterina: Estudio Descriptivo y Factores Asociados. [tesis de especialista en ginecología y obstetricia en línea]. Perú: Universidad Nacional Mayor De San Marcos, Facultad de Medicina Humana; 2003. [citado 24 May 2018] Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/Tesis/Salud/rodriguez\\_se/T\\_completo.PDF](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/Tesis/Salud/rodriguez_se/T_completo.PDF)

16. Oyelese Y Scorza W Mastrolia R Smulian J. Postpartum Hemorrhage. Obstet Gynecol Clin North AM. 2007 Sept; 34 (3): 421-441 doi: 10.1016/j.ogc.2007.06.007.

17. Ramírez G Juárez C Pérez J. Embarazo en Adolescentes: Complicaciones Obstetricas, Prenatales y Perinatales. [Tesis de Médico y Cirujano en línea]. Guatemala : Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2008. [citado 1 mar 2017]. Disponible: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_8591.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8591.pdf).

18. Antonio Orellana GA. Hemorragia Postparto: Estudio Restrospectivo-Descriptivo Realizado en las Pacientes que Presentaron Hemorragia Postparto Admitidas al Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Durante el Periodo del 1 de Enero de 1994 al 31 de Diciembre de 1998. [Tesis de Médico y Cirujano]. Guatemala : Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 1999. [citado 21 jun 2017]. Disponible en [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_0164\\_E.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_0164_E.pdf)

19. Mendoza K. Frecuencia de la Hemorragia Postparto y Postcesarea en Pacientes del Hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano de la Ciudad de Manta durante el Periodo de Septiembre del 2012 a Febrero del 2013. [Tesis de Obstetra]. Ecuador: Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas, 2013. [citado 8 de jul 2018] Disponible <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1839/1/TESIS%20FRECUENCIA%20E%20HEMORRAGIA%20POSTPARTO%20KATTY%20CHICA.pdf>

20. Pariguana López JM Santos Yauricaza Y. Factores de Riesgo de la Hemorragia Post Parto inmediato: Estudio de Caso - Control en el Hospital Nacional Sergio E.

Bernales-Collique. [tesis Licenciada en Obstetricia]. Peru: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana; 2004 [citado 8 de septiembre 2016]. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/359/Pariguana\\_lj.pdf;jsessionid=2430BB6D62475F741AAA170ECCAC3832?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/359/Pariguana_lj.pdf;jsessionid=2430BB6D62475F741AAA170ECCAC3832?sequence=1).

21. Roura L Saldívar Rodríguez D. Operatoria Obstétrica: Una Visión Actual. México: Editorial Panamericana; 2009.

22. Abdel-Aleem MA, Shaaban OM. Nitroglycerin for management of retained placenta. *Cochrane Database of Syst Rev.* 2015 Nov. doi: 10.1002/14651858.CD007708.pub3

23. Quintana Yáñez JM. Complicaciones Hemorrágicas en Partos de Pacientes Nulíparas Asistidas por Interno Rotativo Médico del Hospital Provincial General Latacunga en el período septiembre 2012 - agosto 2013. [Tesis de Médico y Cirujano en línea]. Ecuador: Universidad Regional Autónoma de los Andes, Facultad de Ciencias Médicas; 2013. [citado en 9 sep 2016] Disponible: <http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/67>

24. Moreno Santillán AA Arriaga López A Martínez Adame LM. Placenta succenturiata. Reporte de un caso. *Rev Fac Med Méx.* [en línea]. 2018 Abr [citado 16 Ab 2019] ; 61( 2 ): 37-41. Disponible: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0026-17422018000200037&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0026-17422018000200037&lng=es&nrm=iso)

25. Muñiz Rizo ME Álvarez Ponce VA Felipe Cutié W. Acretismo Placentario. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [en línea]. 2015 Jun [citado 14 Ago 2018] ; 41( 2 ): 190-196. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v41n2/gin12215.pdf>

8 Anexos

Anexo1

Zacapa, Septiembre de 2016

Dr. Juan Tomas García Delgadillo  
Director Ejecutivo  
Hospital Regional de Zacapa

Doctor García, le saludo cordialmente, deseándole éxitos en sus labores cotidianas y éxitos en cada una de sus acciones, como director de este centro hospitalario.

El motivo de la presente, es para solicitar su autorización, para acceder a los archivos de expedientes, del hospital regional de Zacapa, con el fin de realizar mi investigación **Prevalencia de Retención de Restos Placentarios**, la cual he ido formando como parte de mi formación académica en el Post Grado de Ginecología y Obstetricia en Dicho Hospital.

Agradeciendo de antemano, su atención. Atentamente.

Dr. Denis Josué Gálvez Cruz  
Colegiado Activo 17,091

**Anexo 2:**

**BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS**

Número De Registro: \_\_\_\_\_

Fecha de Atención: \_\_\_\_\_

**DATOS GENERALES**

Dirección De Residencia:

\_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_ años

Estado Civil:

Soltera

Unida

Casada

Viuda

Escolaridad:

Analfabeta

Primaria incompleta

Primaria completa

Básico

Diversificado

Universitario

Ocupación:

Ama de Casa

Maestra

Comerciante

Otros

\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS**

Gestas: \_\_\_\_\_

Fecha De Último Parto:        /        /

Partos: \_\_\_\_\_

Complicaciones De Último Parto:

Abortos \_\_\_\_\_

Muerte

Rasgadura

Cesáreas \_\_\_\_\_

Sepsis

Hemorragia

Hijos Vivos \_\_\_\_\_

Choque

Otros \_\_\_\_\_

Hijos Muertos \_\_\_\_\_

Tipo De Parto:

PES

PDS

**HISTORIA CLINICA ACTUAL**

**PARTO**

**Tipo de parto**

Eutócico

Distócico

**PUERPERIO**

**Puerperio**

Inmediato

Mediato



Tardío  
Alejado

**Tratamiento Recibido**

LUI  
Extracción Manual  
Medicamentos  
Ninguno

**Lugar de Atención**

Hospital  
CAP  
Centro de Salud  
Casa de Habitación  
Vía Pública  
Medio de Transporte

**Complicación**

Muerte  
Sepsis  
Choque  
Rasgadura  
Hemorragia  
Otra \_\_\_\_\_

**Proveedor Atendió el Puerperio**

Medico  
Enfermera  
Comadrona  
Otra Persona: \_\_\_\_\_

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: "Prevalencia en Retención de Restos Placentarios en Hospital de Zacapa" para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.