



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
ESCUELA DE POSGRADO
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

**“RETENCIÓN PLACENTARIA COMO CAUSA DE SHOCK
HIPOVOLÉMICO EN IPRESS NIVEL II-1”**

PRESENTADO POR:

ANA MARIA CRUZ ZAVALETA

ASESORA

DRA. MIRIAN TERESA SOLIS ROJAS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS
OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y CUIDADO CRÍTICOS
MATERNOS**

MOQUEGUA - PERÚ

2024



Universidad José Carlos Mariátegui

CERTIFICADO DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, en calidad de Jefe de la Unidad de Investigación de la **Escuela de Posgrado**, certifica que el trabajo de investigación () / Tesis () / Trabajo de suficiencia profesional () / Trabajo académico (X), titulado “**RETENCIÓN PLACENTARIA COMO CAUSA DE SHOCK HIPOVOLÉMICO EN IPRESS NIVEL II - 1**” presentado por el(la) **CRUZ ZAVALA ANA MARIA**, para obtener el grado académico () o Título profesional () o Título de segunda especialidad (X) en: **OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS**, y asesorado por el(la) **Dra. MIRIAN TERESA SOLIS ROJAS**, designado como asesor con Resolución Directoral N°0913-2019-DEPG-UJCM, fue sometido a revisión de similitud textual con el software TURNITIN, conforme a lo dispuesto en la normativa interna aplicable en la UJCM.

En tal sentido, se emite el presente certificado de originalidad, de acuerdo al siguiente detalle:

Programa académico	Aspirante(s)	Trabajo de investigación	Porcentaje de similitud
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS	CRUZ ZAVALA ANA MARIA	RETENCIÓN PLACENTARIA COMO CAUSA DE SHOCK HIPOVOLÉMICO EN IPRESS NIVEL II - 1	14%

El porcentaje de similitud del Trabajo de investigación es del **14%**, que está por debajo del límite **PERMITIDO** por la UJCM, por lo que se considera apto para su publicación en el Repositorio Institucional de la UJCM.

Se emite el presente certificado con fines de continuar con los trámites respectivos para la obtención de grado académico o título profesional o título de segunda especialidad.

Moquegua, 19 de junio del 2024

UNIVERSIDAD "JOSE CARLOS MARIATEGUI"


DR. JAVIER PEDRO FLORES AROCUTIPA
JEFE DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
ESCUELA DE POSGRADO UJCM - SEDE MOQUEGUA

ÍNDICE

CARÁTULA	
PÁGINA DEL JURADO	i
ÍNDICE	ii
RESUMEN	iv
SUMMARY	vi
CAPÍTULO I	1
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	1
1.2. JUSTIFICACIÓN	3
1.3. MARCO TEÓRICO	4
1.3.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	4
Antecedentes internacionales	4
Antecedentes nacionales	5
1.4. BASES TEÓRICAS	6
1.4.1 Hemorragia Postparto	6
Clasificación	7
Factores asociados	8
1.4.2 Retención placentaria	9
Clasificación	9
Diagnóstico y manejo de la retención placentaria	9
Extracción manual de placenta	10
1.4.3 Criterios de severidad	12
Shock Hipovolémico.	12
Clasificación del shock	13
CAPÍTULO II	14
CASO CLÍNICO	14
2.1. OBJETIVOS	14

Objetivos Principales	14
Objetivos secundarios	14
2.2. CASO CLÍNICO	15
2.3. DISCUSIÓN	31
2.4. CONCLUSIONES	36
2.5. RECOMENDACIONES	37
BIBLIOGRAFÍA	38
ANEXOS	43

RESUMEN

El sangrado excesivo relacionado al parto es la principal causa de fallecimiento de mujeres que deciden tener hijos durante su edad reproductiva a nivel mundial, además este proceso afecta a un 15% de las madres durante su parto. Dentro de las hemorragias después del parto durante las primeras 24 horas son consideradas: la inercia uterina, la placenta retenida o de membranas y los desgarros cervicales y/o vaginales.

El trabajo es una revisión descriptiva, del corte transversal de tipo retrospectivo. La información se recogió de la historia clínica, quien presentó como diagnóstico retención placentaria y shock hipovolémico.

En este caso, se muestra a una primigesta de 19 años de edad, con 39 semanas de gestación, la cual es referida del puesto de salud nivel I.1 al establecimiento de salud nivel II.1, en la emergencia refiere pérdida de líquido desde hace un día, asociado a dolor fuerte en la zona lumbar, iniciando antibioticoterapia y la conducción del trabajo de parto con oxitócico por presentar hipodinamia. En la tercera etapa del parto se realiza alumbramiento dirigido, pero presenta retención placentaria, por lo que se le realiza extracción manual de placenta y legrado uterino a pesar de la atención recibida se desencadenó un shock hipovolémico, se le transfunde 2 unidades de sangre y paciente queda hemodinámicamente estable en el servicio de hospitalización junto a su recién nacido.

Se infiere que entre los factores asociados a este caso clínico se encuentran : edad, nulípara, ruptura prematura de membranas y conducción del trabajo de parto, para el manejo de la retención placentaria se realizó mediante el uso de uterotónicos y

extracción manual de la placenta según las normas de las guías de emergencias obstétricas, asimismo por la complicación posterior que desencadenó: shock hipovolémico, el manejo fue la resucitación hemostática siendo la conducta diagnóstica y el tratamiento realizado claves ante una emergencia obstétrica, además presentó anemia severa.

Palabras claves: retención placentaria, shock hipovolémico, anemia severa.

SUMMARY

Excessive bleeding related to childbirth is the main cause of death of women who decide to have children during their reproductive age worldwide, and this process affects 15% of mothers during childbirth. Among the hemorrhages after childbirth during the first 24 hours are considered: uterine inertia, retained or membrane placenta, and cervical and/or vaginal tears.

The work is a descriptive, retrospective cross-sectional review. The information was collected from the clinical history, who presented placental retention and hypovolemic shock as a diagnosis.

In this case, a 19-year-old primigravida, 39 weeks pregnant, is shown, who is referred from the level I.1 health post to the level II.1 health facility, in the emergency she reports loss of fluid from a day ago, associated with severe pain in the lumbar area, starting antibiotic therapy and conducting labor with oxytocic due to hypodynamia. In the third stage of labor, directed delivery is performed, but there is placental retention, so manual extraction of the placenta and uterine curettage is performed. Despite the care received, hypovolemic shock is triggered, 2 units of blood are transfused and the patient She remains hemodynamically stable in the hospitalization service with her newborn.

It is inferred that among the factors associated with this clinical case are: age, nulliparous, premature rupture of membranes and conduction of labor, for the management of placental retention it was carried out through the use of uterotonics and manual extraction of the placenta according to the norms of the obstetric emergency guidelines, also due to the subsequent complication that triggered:

hypovolemic shock, the management was hemostatic resuscitation, being the key diagnostic procedure and treatment carried out in an obstetric emergency, in addition, she presented severe anemia.

Keywords: placental retention, hypovolemic shock, severe anemia.

CAPÍTULO I

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La hemorragia postparto es una de las grandes complejidades obstétricas que se enfrenta para proteger la vida de la madre. En los países emergentes la hemorragia postparto aporta con un 25-30% de los fallecimientos de las madres (1).

Dentro de la hemorragia postparto se considera como patologías a la inercia uterina, retención de placenta, desgarros cervicales y/o vaginales y defectos de los factores de la coagulación; a pesar que la inercia uterina se da con mayor frecuencia, la placenta retenida también es una patología mortal por el peligro que se asocia a sangrado masivo, shock e infección, así como las consecuencias causadas por la extracción de la misma., complicación severa que afecta a un tercio de las muertes maternas, en especial en países subdesarrollados, por lo tanto el manejo oportuno y empleo de decisiones prevenibles y eficaces son importantes para evitar el fallecimiento de la madre(1) (2).

En el Perú la muerte de la madre es un problema de salud conocido, teniendo grandes secuelas que afectan a la familia, comunidad y colectividad, la etapa en la que hay mayor ocurrencia de muertes es en el puerperio con un 65.2% y esto se debe a causas obstétricas directas siendo las más frecuentes las pérdidas sanguíneas (21.8%) y estados hipertensivos (19.8%) (4).

La situación epidemiológica en el Perú, según el Boletín del Instituto Materno perinatal en el año 2020, los casos de muertes maternas continúan originándose por causas directas en un 55,7% y 44,3% por causas indirectas, incrementándose ésta última debido a la pandemia del covid 19 (5). Durante el año 2022 ocurrieron 291 muertes, presentándose mayormente durante el puerperio con un 60.7% (6).

La hemorragia postparto extrema es la complicación que tiene mayor contribución a la morbilidad de la madre a nivel mundial, representando entre el 50 a 75% de todos los casos, por lo cual la hemorragia después del parto admite un mayor interés como indicador de la calidad para la atención obstétrica (7).

El sangrado masivo no solo es el primer motivo de muerte, sino también es considerado el primer problema de morbilidad obstétrica grave. Las principales dificultades que se derivan de este sangrado masivo son: el shock, la coagulación intravascular diseminada, insuficiencia renal aguda, infertilidad y falla de órganos importantes (8).

1.2 JUSTIFICACIÓN:

Muchas mujeres fallecen por complicaciones producidas durante la gestación, el parto o posterior al parto. La Organización Mundial de Salud, manifiesta que “las principales complicaciones que producen el 75% de las defunciones de las mujeres, son: las hemorragias obstétricas (mayormente postparto); las infecciones (por lo general después del parto); el trastorno hipertensivo en la gestación y complicaciones durante el parto” (3).

La hemorragia posparto ha ido disminuyendo en los últimos tiempos, pero en los países en desarrollo como Perú, continúan presentándose altos porcentajes y es un problema de salud pública considerado dentro de los objetivos del milenio (9).

El propósito de la revisión de este caso se debe porque todavía continúa presentándose muertes maternas por complicaciones en el parto y después del parto por lo que es importante que el profesional de salud cuente con la habilidad y destreza en el manejo de las hemorragias postparto con el fin de disminuir las probabilidades de muerte materna por alguna complicación de éstas. Asimismo, es necesario una buena evaluación en la atención prenatal y el parto buscando factores de riesgo y así poder prevenir futuras complicaciones. Con este caso clínico queremos observar los inconvenientes y destrezas que presentó el profesional de salud con el fin de reforzar las habilidades ante una emergencia obstétrica.

1.3 MARCO TEÓRICO:

1.3.1. Antecedentes de la Investigación:

a. Antecedentes Internacionales:

- Rojas et al. Ecuador -2019, realizaron un examen minucioso sobre bibliografía médica, llegando a revisar 32 artículos en idioma español e inglés sobre las últimas actualizaciones de Hemorragia postparto, considerando que los principales motivos de esta hemorragia están regidas por las 4 T que son: trombina, tejido, trauma, y tono, siendo muy reiterativo el tono representando a un 70%, además llegaron a la conclusión que la hemorragia después del parto, es considerada como la segunda causal de defunciones en las madres a nivel mundial y que es fundamental reconocer el sangrado masivo, identificar el origen e inmediatamente intervenir en forma adecuada haciendo frente a esta grave complicación. (10).

- Columbié et al. Cuba -2019, el trabajo fue de tipo descriptivo, prospectivo y longitudinal teniendo como muestra a 105 pacientes que ocurrieron su parto en dicho establecimiento de salud, dentro de este estudio se tomaron en cuenta variables como factores asociados, causas, manejo terapéutico, soluciones y complicaciones que se presentaron, llegando a la deducción que entre los factores asociados que se expusieron con mayor frecuencia fue el uso de oxitócicos en la acentuación de la labor de parto con un 84,7% y teniendo como causas frecuentes a la inercia uterina y lesiones del canal blando. (11).

- Pérez et al, (2017) México. El estudio realizado fue de tipo observacional descriptivo, con corte transversal, teniendo un grupo de 101 madres cuyos partos fueron eutócicos y cesáreas que ocurrieron en el nosocomio en el año 2013. Su información recolectada se hizo de las historias clínicas de parturientas que mostraron hemorragias post parto y necesitaron transfusión de hemoderivados, en dicho estudio llegaron a la deducción de que los causales más constantes relacionados al sangrado postparto temprano son: la inercia uterina con un 44,5%, retención de membranas ovulares en un 20,9% y placenta retenida en un 14,8%. Además, en el caso de las puérperas que presentaron retención placentaria hubo mayor signo clínico de shock y necesitaron reponer más cantidad de líquidos (12).

b. Antecedentes Nacionales:

- Francia et al. Lima-Perú (2019), al realizar un estudio fue de tipo descriptivo-observacional, en una población de 112 puérperas con sangrado después del parto, de los cuales 96 historias fueron revisadas a través de la técnica de muestreo. Al realizar el análisis llegó a la conclusión de que las edades de 18 a 35 años fueron características básicas en una hemorragia después del parto con un 87.5%, además encontrando q la inercia uterina y retención de placenta fueron los motivos primordiales del sangrado después del parto con un 46.58% y 26.08% respectivamente. (13).
- Naupay , Huánuco, (2021), llevó a cabo un trabajo de investigación, en el que el estudio fue descriptivo, retrospectivo y transversal, cuya población objetivo

fue de 42 adolescentes, dicho trabajo a través de sus resultados obtenidos llegó a la deducción que dentro de los factores asociados a la placenta retenida está la edad entre 17 a 19 años con un 48%, otro factor fue la multiparidad con un 17% y dentro de la patología más frecuente que se presentó fue la ruptura prematura de membranas representando un 8% de todo el grupo estudiado. (14).

- Quispe B, Lima-Perú. (2018). Dicha investigación fue de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal cuyo grupo poblacional fue de 3290 puérperas atendidas en el nosocomio y cuya muestra a estudiar fue de 58 parturientas que mostraron hemorragia postparto de forma temprana, se llegó a la conclusión: Que la incidencia de hemorragia postparto fue 1,76% del total de puérperas. Entre los factores obstétricos antes del parto que resaltan son: adecuado control prenatal (91.4%), mujeres con su primer parto (41,4%), trabajo de parto normal (51.7%) y administración de oxitócicos en el trabajo de parto (27.6%) además de otros factores asociados en menor frecuencia. (15) .

1.4 BASES TEÓRICAS:

HEMORRAGIA POSTPARTO:

Se define como la pérdida hemática superior a 500 cc en un parto vaginal o > de 1000 cc en una cesárea.

De igual manera se define como la pérdida sanguínea que presenta signos de hipovolemia y/o compromiso de estabilidad hemodinámica en la paciente (16) (21).

Clasificación:

▪ **Hemorragia postparto primaria:**

Se presenta hasta las 24 horas después al nacimiento del recién nacido.

▪ **Hemorragia postparto secundaria:**

Se presenta pasado las 24 horas del parto hasta el término del puerperio. (17).

Etiología:

Primaria:

- Inercia uterina.
- Placenta retenida.
- Traumatismo del canal de parto.
- Inversión uterina, alteración en la coagulación.

Secundaria:

- Subinvolución uterina.
- Endometritis.
- Retención de membranas ovulares.
- Trastornos de la coagulación. (17).

TABLA N ° 1:

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSTPARTO

Factores	Atonía Uterina	Retención Placenta	Retención de restos placentarios	Lesión del canal blando	Inversión Uterina
Antecedentes	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Multiparidad. ➤ Gestante añosa. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cicatriz uterina anterior. ➤ Legrados uterinos. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cicatriz uterina anterior. ➤ Antecedentes de legrados. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nulípara 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Inversión previa.
Características	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Feto macrosómico. ➤ Poliamnios ➤ Embarazo Múltiple. ➤ Parto Prolongado. ➤ Parto precipitado. ➤ Obesidad. ➤ Miomatosis uterina. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Miomatosis. ➤ Defectos uterinos. ➤ Placentación anormal. ➤ Parto menor a 37 semanas. ➤ Corioamnionitis. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Placentación anormal. ➤ Abortos previos. ➤ Lóbulo placentario aberrante. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Macrosomía. ➤ Parto precipitado. ➤ Expulsivo prolongado. ➤ Varices vaginal y vulvar. ➤ Podálico. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Acretismo placentario.
Intervención	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Utilización incorrecta de oxitócicos, sulfato de magnesio, relajantes uterinos, anestésicos generales. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mala conducción del parto. ➤ Manejo inadecuado de la tercera etapa del parto. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mala conducción del parto. ➤ Manejo inadecuado de la tercera etapa del parto. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mala atención del expulsivo. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Manejo inadecuado del alumbramiento. ➤ Mala técnica de la extracción de placenta.

Referencia: Guía Práctica de Emergencias Obstétricas. MINSA (34).

RETENCIÓN PLACENTARIA:

Se determina cuando la placenta permanece adherida por más de 30 minutos, en el alumbramiento espontáneo, y cuando es mayor a 15 minutos si se realizó manejo activo. Teniendo en cuenta que el manejo dirigido del alumbramiento abarca la administración de oxitócico en el primer minuto posterior al parto y si aún después de realizarlo la placenta no muestra signos de desprendimiento ni descenso, se deberá comenzar a sospechar de una retención de la placenta y se deberá actuar según la Normativa. Asimismo, constituye una emergencia, ya que la pérdida sanguínea es cuantiosa y existe la probabilidad de un acretismo placentario (18,19).

Clasificación:

- ***Retención Total:*** Cuando se produce distocias dinámicas que puede ser por inercia o presencia de anillos de contracción o distocias anatómicas en donde se presenta adherencias anormales de la placenta(acretismo).
- ***Retención Parcial:*** Cuando hay presencia de restos de placenta como cotiledones o de membranas (20).

MANEJO DE LA RETENCION PLACENTARIA:

El diagnóstico se realiza cuando se excede el tiempo normal correspondiente a la tercera etapa del parto, y puede ocurrir complicaciones como: sangrado excesivo postparto, shock, infección puerperal o subinvolución del útero.

Cuando la placenta permanece unido al útero, la extracción manual es el tratamiento indicado con más porcentaje de éxito y que normalmente se utiliza

anestesia regional o general. Este es un procedimiento que ingresa al útero por lo que conlleva riesgos como pérdida sanguínea abundante, lesión del tracto genital o sepsis (20).

Extracción manual de la placenta:

Es importante prevenir la inestabilidad hemodinámica, teniendo en cuenta todas las medidas necesarias como:

- Consentimiento informado y hacer de conocimiento al familiar la gravedad del cuadro.
- Colocación de dos accesos venosos con catéter N° 16 o 18.
- Toma de muestras sanguínea para evaluar compatibilidad y transfusiones cuando sea necesario.
- Personal de salud capacitado.

Procedimiento:

- A.** Lavado de manos.
- B.** Colocar 2 vía periféricas permeables, una con cloruro de sodio 9%o y al otro cloruro adicionar 10 UI de oxitocina.
- C.** Se suministra antibiótico profiláctico (Cefazolina 1 gr EV dosis única).
- D.** Contar con todas medidas necesarias para reducir o eliminar los riesgos tanto para el personal de salud como la paciente.
- E.** Evacuación vesical, espontáneamente o por sonda vesical.
- F.** Uso de analgesia.
- G.** Colocación de guantes estériles largos que lleguen hasta el codo.
- H.** Realizar higiene perineal con solución antiséptica.

- I.** Utilización de campos estériles.
- J.** Sujetar el cordón con una pinza y hale suavemente hasta q quede paralelo con el suelo.
- K.** Posteriormente con la mano derecha ingrese por debajo del cordón hacia dentro del útero, hasta localizar la placenta, si el cérvix se encuentra un poco cerrado, dilatarlo con la mano en forma de cuña y hacer presión con movimientos circulares.
- L.** Si en caso no se apreciase el cordón umbilical, por haberse desprendido, se debe ingresar una mano dentro del interior del útero para localizar la línea de separación entre la pared del útero y la placenta.
- M.** Localizada la placenta, la mano que sostiene la pinza del cordón cambia de posición para colocarlo sobre el abdomen con la finalidad de sujetar el fondo del útero y hacer contracción, para impedir que origine una inversión del útero.
- N.** Deslizar los dedos entre el borde placentario y la pared uterina hasta ubicar la placenta. Con la palma de la mano y los dedos unidos hacer un movimiento como si cortara de lado a lado para retirar suavemente la placenta de la cavidad uterina. Si la placenta no se separa de la cavidad uterina se sospecha de acretismo placentario.
- O.** Cuando ya se encuentre completamente separada la placenta de la cavidad del útero y en la palma de la mano, extraerla suavemente y mantener la contracción con la mano izquierda.
- P.** Posteriormente, palpar el interior del útero para verificar q no haya quedado tejido placentario.

- Q.** Suministrar oxitócicos a 40 unidades en cloruro de sodio a un goteo de 60 por minuto.
- R.** Solicitar a un personal de salud q colabora en el procedimiento que realice masaje uterino para producir contracción uterina fuerte.
- S.** Si presenta sangrado abundante, suministre ergometrina 200 mcg intramuscular más misoprostol 800 mcg diluído en 10 cc vía intrarectal.
- T.** Inspeccione la placenta para verificar que esté completa. Si faltase volver a revisar la cavidad uterina y extraer el faltante como algún lóbulo o tejido placentario
- U.** Seguidamente reparar algún desgarro de vagina o cérvix que presentase la mujer. (17).

CRITERIOS DE SEVERIDAD:

SHOCK HIPOVOLÉMICO:

Es el conjunto de síntomas clínicos que se presenta por una hipoperfusión tisular, ocasionado por un decrecimiento brusco en la volemia eficaz (21) (34). También se ha definido cuando la pérdida hemática es más de 1000 cc en un lapso de 24 horas postparto o hay una disminución igual o mayor al 10% del hematocrito o si se asocia al compromiso hemodinámico de la madre (22).

TABLA N • 2:

**CLASIFICACIÓN DE SHOCK HIPOVOLEMICO SEGÚN PÉRDIDA
SANGUÍNEA.**

Pérdida de volumen en % y cc en mujer de 50-70 Kg	Sensorio	Perfusión	Pulso	PA sistólica (mm Hg)	Grado del Choque	Requiere transfusión
10-15 % 500-1000 cc	Normal	Normal	60-90	> 90	AUSENTE	Habitualmente NO
16-25 % 1001-1500 cc	Normal o agitada	Palidez, piel fría	91-100	80-90	LEVE	POSIBLE
26-35 % 1501-2000 cc	Agitada	Palidez, piel fría + sudoración	101-120	70-79	MODERADO	Usualmente REQUIERE
> 35 % > 2000 cc	Letárgica o inconsciente	Palidez, piel fría + sudoración, + llenado capilar > 3 seg.	Mayor a 120	Menor a 70	GRAVE	Posible Transfusión masiva

Referencia: Guía de práctica clínica en obstetricia y perinatología IMP (17).

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1. Objetivos

Objetivo Principal:

- Determinar los factores de riesgo, complicaciones y evaluar el manejo clínico aplicado en el caso clínico de retención placentaria.

Objetivos Secundarios:

- Identificar los factores de riesgo asociadas a la retención placentaria.
- Evaluar la conducta clínica utilizado en el caso de retención placentaria.
- Identificar las complicaciones que desencadenó la retención placentaria.

2.2. Caso Clínico:

Anamnesis: Hora: 3:00 a.m. Fecha: 31-01-18

Ingres a emergencia referida de Puesto de Salud nivel I.1, por presentar pérdida de líquido desde las 3 a.m. del día 30 de enero, dolor tipo contracción que se irradia a la región lumbar desde hace 3 horas aproximadamente. No presenta ginecorragia. Actualmente percibe movimientos fetales.

- Funciones Biológicas: Conservadas.
- Funciones Vitales:
 - Presión arterial. 80/50 mmHg.
 - Pulso: 100 por minuto.
 - Respiración: 22 por minuto.
 - Temperatura: 36. 4° centígrados.

DATOS GENERALES:

- Edad: 19 años.
- Fecha de Nacimiento: 12 - mayo - 1998.
- Domicilio: La Victoria.
- Empleo: Ama de casa.
- Nivel de Estudios: Cuarto año de secundaria.
- Estado Civil: Conviviente.

ANTECEDENTES:

- Obstétricos: G:0 P: 0000.
- Menstruación: 14 años

- R.C.:3-5/30 días
- FUR: 26-04-17.
- FPP: 03-02-18.
- Antecedentes Personales: Ninguno.
- Antecedentes Familiares: Ninguno.

Enfermedad Actual:

Exámenes Preferenciales:

Abdomen:

Altura uterina:	32 cm.
Situación:	Longitudinal.
Posición:	Izquierda.
Presentación:	Cefálica.
Latidos cardiacos fetales:	140 por minuto.
Movimientos fetales:	Presentes.
Contracciones Uterinas:	Frecuencia: 2/10. Duración: 35". Intensidad: +++/+++.

Genitales Externos: Se comprueba presencia de líquido amniótico claro al examen de valsava en escasa cantidad.

Tacto Vaginal:

Posición:	Central	Consistencia:	Blando
Dilatación:	4 cm	Borramiento:	80%.
Altura de Presentación:	-2	Membranas Ovulares:	Rotas.

Tipo de pelvis: Ginecoide.

Diagnóstico:

1. Primigesta de 39 semanas.
2. Labor de Parto Fase Activa.
3. Ruptura Prematura de Membranas de 24 Horas.

INDICACIONES:

- Dieta Blanda.
- Cloruro de Sodio 9%o x 1 litro a 25 gotas x´.
- Ampicilina 2 gr E.V. cada 6 horas.
- Eritromicina 500 mg. vía oral cada 8 horas.
- Monitoreo materno fetal.
- Se solicita Hemograma, hemoglobina.
- Pasa a Centro Obstétrico.

SERVICIO DE CENTRO OBSTÉTRICO

EVOLUCIÓN DE OBSTETRICIA

FECHA:31-01-18.

Hora: 03:50 a.m. Ingres a paciente procedente de emergencia con Diagnóstico de Primigesta de 39 semanas más Trabajo de Parto Fase Activa.

Actualmente presenta dolor tipo contracción en forma continua desde hace 3 horas aproximadamente.

Al examen: LOTEPE, ABEG.

P. A. 80/60 mmHg Pulso: 100x'. Respiración: 22x' T°: 37.3°C

Piel y faneras: Hidratadas.

Abdomen: Altura Uterina: 32 cm. F C F: 128- 136x'.

Movimientos fetales: +++/+++.

Dinámica Uterina: Frecuencia: 2 en 10'. Duración: 30''

Intensidad: ++/+++.

Genitales: No se observa ginecorragia.

MI: No edema.

Hora: 4:00 a.m. Tacto Vaginal: D:4 cm. I: 85% AP: -2.

MO: Rotas. No se palpa promontorio.

Se abre partograma y permanece con monitoreo obstétrico.

Hora: 6:30 a.m. Queda paciente en sala de dilatación en Trabajo de Parto.

Al examen:

P.A.:110/60 mmHg. T°: 37°C. Pulso: 90 x' Respiración: 22x'

Piel y faneras: Pálidas +/+++.

Mamas: No asimétricas, no turgentes.

Abdomen: AU: 32 cm. Feto longitudinal cefálico izquierdo.

Latidos Cardiacos Fetales: 145- 148x`. Dinámica Uterina: 2-3 en 10´

Duración: 20 segundos. Intensidad: ++/+++.

Genitales: Tacto Vaginal: Dilatación: 7 cm. Borramiento: 90%.

Altura de Presentación: -2.

Membranas ovulares: Rotas, líquido amniótico claro.

Miembros inferiores: No Edema.

Diagnóstico:

- Gestante de 39 sem.
- Labor de Parto Fase Activa.
- Ruptura Prematura de Membranas Mayor de 24 horas.

Queda con indicaciones médicas:

Iniciar acentuación con Oxitocina 10 UI 1 ampolla en Cloruro de Sodio al 9% o x 1 lt, se inicia el goteo con 8 gotas x´ y aumentar 4 gotas cada 15` hasta lograr 3- 5 contracciones en 10´.

Monitoreo obstétrico.

Hora: 7:10 a.m. Gestante se encuentra en cama con estimulación de Trabajo de Parto a 12 gotas x´.

FCF:144-138-136 x´ DU:2-3/10 Duración: 30´´ Intensidad: ++/+++.

Se aumenta a 16 gotas x´.

Resultados de laboratorio: 31/01/2018

HEMOGRAMA COMPLETO:

- HB:10,9 g/dl
- Recuento de Leucocitos 4,100/mm³
- Neutrófilos 82%
- Abastados: 02 %
- Segmentados: 62%
- Recuento de Plaquetas 238000/mm³.

Hora: 8:20 a.m. Paciente presenta deseos de pujar, por lo que se procede a examinar.

Examen Vaginal: Dilatación: 10 cm. Borramiento: 100%.

Altura de Presentación: +2. Membranas Ovulares: Rotas.

Traslado de paciente a Sala de Partos para su atención.

Hora: 8:35 a.m. Se procede con el aseo perineal a paciente y se realiza infiltración de 10 cc con lidocaína al 2% sin epinefrina. Luego se procede a realizar episiotomía mediana lateral.

Hora: 8:40 a.m. Se produce el parto vaginal espontáneo teniendo un recién nacido vivo. Sexo: Masculino. Peso: 3800 gramos. Apgar: 9 al 1' y 10 a los 5', inmediatamente se coloca oxitocina 10 UI 1 ampolla intramuscular para realizar manejo activo.

Hora: 8:55 a.m. No se produce alumbramiento, por lo que se solicita la presencia del ginecólogo.

Hora: 9:00 a.m. Ginecólogo acude a Sala de Partos y realiza maniobras para extraer la placenta, pero no estaba desprendida y deja indicado que se realice tracción moderada y permanente de cordón umbilical hasta que se produzca el alumbramiento y se retira a Sala de Operaciones.

Hora: 9:05 a.m. Se visualiza un sangrado rojo rutilante permanente, en forma leve acompañado de coágulos.

Hora: 9:10 a.m. No se produce alumbramiento aún a pesar de realizar maniobras y verificar que placenta no presenta signos de desprendimiento.

Hora: 9:15 a.m. P.A: 80/60 mmHg. Pulso: 116 x' (con oxímetro). Se solicita que llamen al médico de guardia.

Hora: 9:23 a.m. Acude médico de guardia a sala de partos procediendo a realizar extracción manual de placenta.

Funciones vitales: P.A.: 60/40 mmHg. Pulso: 158 por minuto.

R: 28x' T°: 36.1°C

Paciente continúa sangrando. Sangrado: 650 cc

Médico indica administrar Ergometrina 200 mcg 1 ampola intramuscular stat.

En el Cloruro de Sodio con Oxitocina 10 UI, se agrega 20 UI más de Oxitocina a 30 gotas x´.

Se instala una segunda vía con ClNa 9%o x 1 litro a chorro, luego cambia por haemacel 500 ml.

Se suministra Misoprostol 800 mcg vía intrarectal.

Se solicita donante de 2 unidades de sangre total compatible.

Hora: 9: 40 a.m. P.A: 60/40 mmHg Pulso: 140x´ R: 28 x´ T°: 36°C.

Médico realiza legrado uterino y masaje uterino, continúa sangrando en forma leve, se continua con masaje y compresión bimanual.

Hora: 9:50 a.m. Ginecólogo acude a Sala de Partos y realiza compresión bimanual de útero. Realiza revisión con cureta de Walsh e indica administrar una segunda ampolla de Ergometrina 200 mcg intramuscular.

Hora: 9:55 a.m. P.A.: 80/45 mmHg. Pulso: 148 x´ R: 28x´ T°: 36.1°C.

Sangrado va cediendo.

Hemorragia Total perdida postparto: 1450 cc (según reporte de parto)

Hora: 10:00 a.m. P.A: 65/45 mmHg P: 148x´ R:28x´ T°: 36°C.

Pasa a su cama, continúa monitoreo estricto del post parto inmediato.

Indicaciones:

- Reposo.
- NPO por 4 horas, luego DC.

- CFV y control de sangrado vaginal cada 15 minutos por 2 horas, luego cada 4 horas (monitor multiparámetro).
- ClNa 9‰ x 1 litro + Oxitocina 30 UI a 30 gotas.
- Transfusión de 2 UI de sangre compatible.
- Sonda foley permanente y permeable.
- Oxígeno húmedo con máscara a 5 litros si saturación es $\leq 90\%$.
- Se solicita hb de control.
- Vigilar signos de alarma.

Hora: 11:10 a.m. Se inicia transfusión de 1 unidad de sangre, previa inyección EV de dexametasona 4 mg 1 amp. y clorfenamina 10 mg 1 amp. (1° unidad).

Hora: 11:20 a.m. Se coloca Sonda Foley permanente.

Hora: 12:00 mediodía. Puérpera inmediata post parto vaginal más hemorragia post parto por retención placentaria.

Controles Vitales: PA:90/65 mmHg. T :37°C. P:108 x' R:22 x'

Fascies: Palidez ++/+++, mucosas hidratadas.

Mamas: Pequeñas, pezones poco formados, escasa secreción de calostro.

Abdomen: Involución uterina 11cm contraído.

Genitales Loquios hemáticos +/++

Episiorrafia afrontada.

Diagnóstico:

- Puérpera inmediata de 3 horas post parto vaginal.

- Post legrado Uterino por retención de restos placentarios.
- Shock Hipovolémico en remisión.
- Hemorragia posparto en remisión.
- Anemia severa.

Plan

- Continuar con monitoreo estricto
- Pasa a Hospitalización de Gineco Obstetricia.

Pendiente 1 unidad.

SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN GINECO-OBSTETRICIA

EVOLUCIÓN DE OBSTETRICIA

FECHA: 31-01-18.

Hora: 12:20m Puérpera es trasladada a hospitalización procedente de centro obstétrico refiriendo visión borrosa.

Al Examen: LOTEPE, AREG. F B: Orina:100 cc

Controles Vitales.: PA:90/65 mmHg T :37.3°C P:82 x' R:24 x'

Piel y Mucosas: Palidez ++/+++

Mamas medianas, no turgentes, con secreción calostrálica.

Abdomen B/D Involución Uterina:14 cm Útero Contraído

Genitales: Loquios sanguinolentos +/++. Sonda Foley Permeable

MI: Sin edemas

Diagnóstico:

- Puérpera inmediata de 3 horas.

- Post Parto Vaginal.
- Hemorragia Postparto en remisión.
- Post Legrado Uterino por retención de restos placentarios.
- Anemia severa.

Plan: - Continuar con indicaciones médicas.

Se inicia la transfusión de II unidad de Sangre (**12: 40** medio día).

Hora: 17:35 p.m. Puérpera Inmediata por parto vaginal más hemorragia post parto en remisión, refiere tener mareos y leve dolor en episiorrafia.

Examen: LOTEPE, AREG. F B: Orina: 900 cc

Controles Vitales: PA:90/40 mmHg. T :36.8°C. P:88 x´ R:24 x´

Fascies: Hidratadas, palidez ++/+++.

Mamas: Medianas, secretantes.

Abdomen: Blando, depresible. Involución uterina: 13 cm

Miembros inferiores: No edemas.

Genitales: Loquios hemáticos escasos.

Evolución estacionaria.

Plan: Continuar con indicaciones médicas.

FECHA: 01-02-2018

Hora: 6:25 a.m. Puérpera post parto vaginal, se encuentra en reposo, refiere mareos que van en disminución.

Al Examen: AREG, LOTEPE F.B.: Orina: 2400 cc

P.A: 80/50 mmHg P:68 x' T: 36.8°C R: 22 x'

Abdomen: Involución Uterina: 15 cm

Genitales: Loquios hemáticos escasos.

Diagnóstico:

- Puérpera Inmediata 22 horas.
- Postparto vaginal.
- Hemorragia post parto en remisión.

Evolución favorable.

Recibe indicaciones dadas.

Hora: 8:00 am Resultados de análisis: 01/02/2018

- **HB:** 6,7 g/dl.
- **RPR:** No Reactivo.
- **Examen de Orina:**
 - Ex Físico Color: Amarillo
 - Aspecto: Ligera turbidez.
 - Densidad 1015
 - Ex Microscópico: Leucocitos :0- 10 x Campo
 - Hematíes: 0- 12 x Campo
 - Células Epiteliales: Escasos.
 - Cristales Uratos amorfos.
 - GRAM S/C:** No se observa BGN.

INDICACIONES:

- Dieta completa.
- CFV en multiparámetro cada 4 horas.
- CLNa 9%o x 1 litro + oxitocina 30 UI a 30 gotas.
- Transfundir 2 UI de paquete de sangre total.
- Sonda foley permanente.
- Cefazolina 1 gr cada 6 horas.
- Oxígeno con mascarilla si saturación es menor o igual a 90%.

Hora: 12:00 mediodía. Paciente puérpera mediata presenta mareos y dolor en el brazo derecho.

Al examen AREG-LOTEP Diuresis: 1000 cc

PA:90/50 P: 80 x' R: 22 x' T:36.5°C

Piel y mucosas: hidratadas, palidez ++/+++.

Mamas: Medianas, no turgentes, secreción calostrál.

Abdomen: B/d Involución uterina: 15 cm. Útero contraído

Genitales: Loquios hemáticos+/+++.

episiorrafia afrontada, con sonda foley permeable.

DX:

- Puérpera Mediata 27 horas.
- Post Parto vaginal.
- Hemorragia posparto en remisión.
- Anemia severa.

PLAN: Continuar con indicaciones médicas.

Hora: 14:00 p.m. Puérpera mediata posparto vaginal, refiere estar asintomática.

Al examen: Afebril, LOTEPE.

P.A: 90/50 mmHg T: 36.4°C P: 94 x´ R: 20 x´

Piel y mucosas: Pálidas+/, hidratadas.

Mamas: Medianas, no turgentes, secretantes.

Abdomen: Involución Uterina: 14 cm

Genitales externos: Loquios hemáticos +/,

PLAN: Seguir indicaciones médicas.

Se continúa con transfusión sanguínea: III unidad (**5 pm**).

Hora: 17:32 p.m. Puérpera mediata posparto vaginal, refiere leve dolor en hipogastrio, cefalea leve.

Al examen: LOTEPE afebril

Funciones Biológicas .: Orina: 1400 cc Deposiciones :1

P.A:90/50 P: 90x´ R: 20x` T: 36.4°C

Piel y mucosas: Palidez +/, hidratadas.

Mamas: medianas, no turgentes, secretantes.

Abdomen: Involución Uterina: 13 cm.

Genitales externos: Loquios hemáticos +/ sin mal olor.

M.inf: Sin edema.

Plan: Seguir indicaciones médicas.

Transfusión de la IV unidad de sangre (**6:30 pm**).

FECHA: 02-02-2018.

Hora: 00:35 a.m. Puérpera se encuentra en reposo, conjuntamente con RN, refiere no tener molestias, niega signos de alarma

Funciones Biológicas: Orina: 1 Deposiciones: 0 Apetito: Normal. Sed: Normal.

Al examen; AREG, LOTEP

Piel y mucosas: Normotérmica, hidratadas, pálidas +/-+++

Mamas: blandas, con presencia calostrual.

Abdomen: Involución Uterina: 15cm, útero contraído

Genitales externos.: Loquios hemáticos escasas, episiorrafia afrontada con equimosis.

M I: Sin edema.

Evolución favorable.

DX:

- Puérpera mediata + 40 horas
- Post parto vaginal
- Hemorragia postparto en remisión.
- Anemia Severa.

PLAN: Vigilar signos de alarma.

Hora: 6:00 a.m. Puérpera mediata +/- 45hrs post parto vaginal +hemorragia posparto en remisión + anemia severa, durante el turno no presentó ningún signo de alarma, actualmente refiere estar asintomática.

Funciones Biológicas: Orina: 2800cc Apetito: Normal. Deposiciones:1

PA: 100/60 P: 84 x` T°: 36 °C R: 22 x`.

Abdomen: B/d IU: 13, útero contraído.

GE: Loquios hemáticos escasos, episiorrafia afrontada.

Miembros Inferiores: No edema.

Evolución favorable.

Hora: 9:00 a.m. Puérpera mediata post parto vaginal, de evolución favorable, es dada de alta por ginecólogo de turno.

Recibe:

- Orientación y consejería en nutrición.
- Orientación y consejería sobre cuidados post parto.
- Orientación y consejería sobre signos de alarma en la puérpera y recién nacido.
- Orientación y consejería sobre Métodos anticonceptivos.
- Orientación y consejería sobre higiene perineal.

Paracetamol de 500 mg 1 tableta c/ 8 h x 3 días.

Cita: 7-02-18 por Control de Puerperio.

RESULTADOS DE ANÁLISIS: 02/02/2018 (AL ALTA)

➤ ***HB: 11.9 g/dl.***

2.3 DISCUSIÓN:

- ❖ La gestante asiste a la emergencia referida de un establecimiento de salud nivel I.1, presentando pérdida de líquido desde hace un día, lo cual es evidenciado en el examen clínico, por lo que se prescribe ampicilina 2gr endovenoso y eritromicina 500mg vía oral, cada 6 y 8 horas respectivamente. Esta indicación es concordante con lo estandarizado en la guía de práctica clínica de atención de emergencias obstétricas del Ministerio de Salud (35). Sin embargo, para el Instituto Materno Perinatal considera q el tratamiento que debe recibir es ampicilina 1 gr endovenoso cada 6 horas cuando la ruptura de membranas es mayor de 6 horas en forma profiláctica (17).
- ❖ En centro obstétrico, se procede a una acentuación del trabajo de parto puesto que la dinámica no ayudaba al progreso del mismo. Esta actitud está recomendada por la OMS quien afirma que la acentuación, es un proceso que se encarga de estimular el útero para aumentar la periodicidad, magnitud e intervalo de la contracción uterina, luego de un inicio espontáneo de labor de parto por lo que recomienda que esta técnica solo debe realizarse en los casos que indique el médico evaluando que los beneficios deseados superen a los previsibles daños (24).
- ❖ Se realiza alumbramiento dirigido, administrando oxitocina 10 UI vía intramuscular en el primer minuto después del nacimiento, ésta prescripción es concordante con lo que se indica en la guía de práctica clínica del Instituto Materno Perinatal (17) y esto es apoyado por la investigación de Delgado (2019) cuyos resultados indican que el alumbramiento activo se relaciona con la reducción de la hemorragia postparto (18). Asimismo, para Segura et al, en

su estudio (2013), el manejo activo del alumbramiento es la mejor opción a comparación del manejo expectante, que debe ser usado en forma sistemática en todas las pacientes logrando un descenso importante de las complicaciones después del parto (36), el manejo activo constituye el fundamental plan de previsión disminuyendo el sangrado después del parto en un 60% (27) sin embargo, para nuestro caso clínico esto no funcionó, debido a que la placenta terminó retenida en el útero.

- ❖ La espera para la expulsión de placenta fue aproximadamente 28 minutos post alumbramiento dirigido considerándose una retención placentaria y teniendo una pérdida sanguínea de 650 ml aproximadamente hasta ese momento, esto es apoyado por la guía de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas y Naupay, quién en su estudio considera que esta patología en un alumbramiento activo, se define que pasado los 15 minutos y no es expulsada la placenta, es una retención placentaria (14) (34). A pesar de esto se actuó teniendo en cuenta dos objetivos primordiales que era: extraer la placenta lo antes posible y con ello evitar o controlar el sangrado masivo que se estaba produciendo, esto es apoyado por un estudio realizado por Delgado et al (18), en el que afirma q existen diversos métodos previos a la extracción manual de placenta, pero este procedimiento es considerado como el proceso de elección en estos casos. Para Crespo et al (1), en su estudio realizado, si la pérdida hemática es más de 500 ml en un parto vaginal se considera una hemorragia postparto y esto da lugar a una alteración hemodinámica de la paciente por la presencia del sangrado masivo. Para Sornoza et al, una hemorragia después del parto se presenta en un puerperio patológico en un 75% de los casos, por lo q

es fundamental previo al parto determinar las causantes q influyen en esta hemorragia y así poder prevenirla (37).

- ❖ Simultáneamente al procedimiento, se administró uterotónicos por vía intramuscular (oxitocina y ergometrina) y vía rectal(misoprostol), esta terapia logró contener la hemorragia masiva en la paciente. El procedimiento y uso de los medicamentos uterotónicos están estandarizados según Gómez et al (36) en la guía de práctica clínica, esto es apoyado por Ossé L y otros en el estudio realizado sobre “Hemorragias obstétricas” quien indica que inicialmente para controlar el sangrado masivo es con el uso de uterotónicos, alumbramiento artificial y exploración del canal del parto, donde el factor tiempo es fundamental (25). Para Pérez A y otros “el éxito en el uso del misoprostol suministrado por vía intrarectal es útil para reducir el sangrado excesivo y acortar el tiempo del alumbramiento” (26).

- ❖ Debido a la demora en actuar en el caso de la retención placentaria como hemorragia postparto se desencadena un shock hipovolémico, a pesar de que se mantuvo los medicamentos uterotónicos, masaje uterino, uso de cristaloides, coloides, legrado uterino y posteriormente se realiza la transfusión sanguínea para estabilizar la hemodinamia de la paciente. Para Cuetos y Asturizaga, el manejo se inicia con intervenciones manuales y farmacológicas en forma precoz y se continua con la resucitación hemodinámica mediante la administración temprana de cristaloides y coloides para controlar el sangrado masivo y así tener tiempo para obtener sangre y realizar la transfusión. (27) (28). En su investigación Guasch E, considera que la comunicación y el trabajo

en equipo es importante durante todo el episodio de la hemorragia masiva (29). Para el Instituto Materno Perinatal (17), considera que si hay una pérdida sanguínea mayor a 1000 cc se activa la clave roja, evaluando previamente funciones vitales y la evolución del cuadro, para determinar el nivel de gravedad y actuar según el grado de shock.

- ❖ La puérpera presenta una anemia severa producto de la hemorragia postparto, al evaluar los exámenes de laboratorio, la cifra de hemoglobina correspondiente al primer día de hospitalizada es de 6.7g/dl, ante el sangrado excesivo que presenta se le realiza transfusión de 4 unidades de sangre y monitoreo estricto postparto, al alta presenta una hemoglobina de 11.9 g/dl. Para Castilla M y otros; la anemia posparto es un proceso que comprende mortalidad y morbilidad materna fetal que se presenta en el 50% de las puérperas dentro de un lapso de 48 horas que pueden ser prevenibles si se identifican los factores de riesgo, además otro factor que nos ayudará a controlar la anemia es el tratamiento correcto de la hemorragia puerperal (30).

- ❖ La paciente presenta causantes de riesgo como: ser primigesta, ruptura prematura de membranas, conducción de trabajo de parto en este caso clínico de retención placentaria, esto se relaciona con la investigación de Hernández M y otros, en su estudio encontraron que los causales de riesgo en la madre y el feto que se presentaron en sumo grado son la acentuación del trabajo de parto (20%) y la nuliparidad (77%) con mayor riesgo de hemorragia obstétrica (32). Para Olivera K, en su investigación en Huancavelica 2019, considera a la

nulípara como el mayor factor de riesgo en paridad con un 36% asociada a la retención placentaria. (33).

2.4. CONCLUSIONES:

- Los causantes de riesgo que se identificaron en este caso de retención placentaria fueron: primigesta, ruptura prematura de membranas y conducción del trabajo de parto.
- La retención placentaria es considerada una causa directa de hemorragia después del parto.
- El manejo clínico de la placenta retenida se realizó tardíamente, por el profesional de salud.
- Las complicaciones presentadas durante la hemorragia postparto son: shock hipovolémico, anemia severa.

2.5 RECOMENDACIONES:

- Realizar un programa de evaluación de respuesta frente a las emergencias obstétricas mediante capacitación en servicio y certificación continua al personal de obstetricia, para brindar una mejor atención con calidad e intervención rápida ante una emergencia obstétrica.
- Análisis de casos clínicos sobre hemorragias obstétricas que se presenten en el servicio, con la finalidad de ayudar a incrementar el conocimiento y mejorar la atención hacia la paciente obstétrica.
- Realizar una continua actualización de protocolos de atención en emergencias obstétricas.
- Brindar una adecuada atención prenatal desde el primer nivel de atención hasta el establecimiento de mayor capacidad resolutive para identificar precozmente los causales de riesgo en la gestante y así prevenir una emergencia obstétrica, sin embargo, cualquier embarazada puede presentar cualquier complicación sin existir factor de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Crespo D, Mendieta L. Contexto de las hemorragias, en el puerperio inmediato. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. [online]. 2019. [citado 20 octubre 2021.];17(3). Disponible en: <https://doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2019.017.03.05-009>
2. Velarde C. Hemorragia postparto asociada a retención placentaria. [online].2018. [citado 20 octubre 2020]. Disponible en <http://repositorio.upica.edu.pe/handle/123456789/260>.
3. Organización Mundial de la Salud. [Online]; 2018. [citado 30 de diciembre de 2018]. Disponible en: HYPERLINK "<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>"
4. Boletín Epidemiológico del Perú.[online] ;. [Acceso 25 de marzo del 2024]. Disponible en https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202452_02_17161.pdf.
5. Boletín Epidemiológico Anual 2020 Instituto Nacional Materno Perinatal. [Online].; mayo 2021. [Acceso 20 de Agosto 2021]. Disponible en: www.inmp.gob.pe.
6. MINSA Situación Epidemiológica de la mortalidad materna en el Perú. [Online]. Acceso 22 de junio 2023]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2023/SE042023/03.pdf>.

7. Nyfløt LT, Sandven I, Stray-Pedersen B, Pettersen S, Al-Zirqi I, Rosenberg M, Jacobsen AF, Vangen S. Risk factors for severe postpartum hemorrhage: a case-control study. *BMC Pregnancy Childbirth*. [online] 2017. [citado 20 de marzo de 2018];17(1):17. Disponible en: doi: 10.1186/s12884-016-1217-0.
8. Postpartum hemorrhage. Practice Bulletin N° 183. American College of Obstetricians and Gynecologists. *ObstetGynecol* 2017;130: e 168 - 86.
9. Boletín Epidemiológico Lima-Perú. [online]. Enero 2016. Acceso 30 de diciembre del 2018. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/boletin.php>.
10. Rojas L, Villagomez M, Rojas L, Rojas E, Rojas A. Hemorragia Posparto: Nuevas evidencias. *La ciencia al servicio de la salud*. [online] 2019 [citado el 18 de octubre del 2020]. Abril;10(1) :98-108. Disponible en <http://revistas.esPOCH.edu.ec/index.php/cssn/article/view/182>.
11. Columbié T, Pérez R, Cordero Y. Factores asociados a la hemorragia obstétrica en el posparto inmediato: Hospital Juan Bruno Zayas. *Revista Médica Sinergia*. [online] 2019 [citado 18 de octubre del 2020]; 4(10):e269. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/269>.
12. Pérez R, Reyes W, Ruiz Y, Carmenate L, Llambias A, Diaz G. Hemorragia postparto temprana en puérperas atendidas en el Hospital General Provincial Docente de Ciego de Ávila. *Revmediciego* [internet].2017 [citado 20 octubre 2020] ;23(4):4-11. Disponible en <http://www.revmediciego.sld.cu>.
13. Francia M, Rosa I. Características clínicas de la hemorragia postparto en las puérperas del hospital nacional Sergio E Bernales. Lima 2018. [Tesis de pregrado]; Lima: Universidad Alas Peruanas. 2019. [Acceso 15 de junio del 2022]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12990/6874>.

14. Naupay A. Factores clínicos relacionados a la retención placentaria en parturientas adolescentes Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Amalis- Huánuco 2017. [Online].; 2021. Acceso 28 de diciembre del 2021. Disponible en: <http://repositorio.udh.edu.pe/123456789/2992>.
15. Quispe B. Factores asociados a la presencia de hemorragia postparto inmediato en el Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente Villa María del Triunfo. Julio 2016 a junio 2017. [tesis postgrado];2018. [Acceso 28 de noviembre del 2019]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12727/4953>.
16. Tissera R, Lukeстик J, Travela C, Basanta N. Actualización de consenso de obstetricia 2019. “Hemorragia postparto”. FASGO.[online] .2019. [Acceso 20 de octubre 2020]. Disponible en <http://www.fasgo.org.ar>.
17. Guevara E, Sánchez A, Luna A, Ayala F, Mascaro P, Meza L, Carranza C. Guía de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología.2° ed. Lima. Instituto Nacional Materno Perinatal.2018.
18. Delgado F, Cros S, Rodruíguez M. Hemorragia postparto y manejo de la retención placentaria. Revisión bibliográfica. Revista electrónica de Portales médicos.com. [online].28 de setiembre de 2019. [acceso 20 de Marzo 2021]. <https://www.revista-portalesmedicos.com/>.
19. Solari A, Solari C, Wahs A, Guerrero M, Enríquez O. Hemorragia del postparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. RMCLC. [internet] . 2014. [acceso 20 de Noviembre 2021] ; 25(6): 993-1003.Disponible en DOI: 10.1016/S0716-8640(14)70649-2.
20. BENITES VIDAL S. Retención Placentaria como causa de hemorragia postparto. [Online].; 2016. Acceso 8 de Mayo de 2019. Disponible en:

HYPERLINK

<http://repositorio.upica.edu.pe/bitstream/123456789/27/3/ELVIRA%20BENITES%20VIDAL%20%20RETEN%20PLACENTARIA%20COMO%20CAUSA%20%20HEM%20POSTPARTO.pdf>.

21. Ruiz L, Alonso T, Álvarez P, Aróztegui I, Buendía L. Manejo de la retención de placenta: revisión bibliográfica sobre la inyección de uterotónicos en la vena umbilical. Revista electrónica de portales médicos.com[online].;2018. Acceso 10 de mayo de 2020;13(17) Disponible en: ISSN 1886-8924
22. Dueñas O, Beltrán J. Manejo médico de la hemorragia postparto y el choque hipovolémico en obstetricia. En: Beltrán J, editor. Manual de obstetricia y Procedimientos Médico-quirúrgicos.1° ed. México. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana. 2015. 2°edic. Washington. OPS. 2019.
23. Fescina R, De Mucio B, Jarquin D, Ortiz D. Guía para la atención de las principales emergencias obstétricas.
24. Biblioteca de la OMS. Recomendaciones la OMS para la conducción del trabajo de Parto. [internet]. Suiza. Ediciones de la OMS. 2015. Acceso 10 de octubre del 2019. Disponible en <https://www.who.int> > directrices OMS parto es.
25. Ossé L, Nebouth S, Filipov J, Keita H. Hemorragias Obstétricas. EMC-Anestesia Reanimación.2017;43(3):1-8.
26. Pérez A, Reyna E, Reyna N, Rondón M. Misoprostol rectal u oxitocina intramuscular en el manejo de la tercera fase del parto. Perinatología y Reproducción Humana. 2017.
27. Cuetos M, Crespo H, Nigri C et al. Manual breve para la práctica clínica en Emergencia Obstétrica. Argentina. Edición 2015.

28. Asturizaga P, Toledo L. Hemorragia obstétrica. 2014.Rev. Med. La Paz. [online]; 20(2): paginas 57-68.
29. Guasch E, Gilsanz F. Hemorragia masiva obstétrica: enfoque terapéutico actual. Med Intensiva. 2016.; 40(5): páginas 298-310.
30. Castilla M, Donado C, Hijona J, Jaraíz M, Santos M. ¿Conocemos los factores asociados al descenso de hemoglobina en el postparto? Clin Invest Gin Obst. 2015;42(4):165-170.
31. Gülmezoglu A, Souza J. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia postparto. OMS. Suiza. Ginebra 27. 2014.
32. Hernández M, García J. Factores de riesgo de Hemorragia Obstétrica. Ginecol Obstet Mex. 2016 dic;84(12):757-764.
33. Olivera Campos K. Características demográficas y obstétricas de puérperas que presentaron retención placentaria en el centro de salud El tambo 2017-2018. Huancavelica [tesis pregrado].;2019. Acceso 18 de febrero del 2020. Disponible en: HYPERLINK <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/2353>.
34. Guías de práctica clínica para la atención de Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutive MINSA. [Online].; 2007.
35. Segura A, Guerra V, León I, Rodríguez G, Arpa A. Influencia del alumbramiento activo sobre la morbilidad materna por hemorragia postparto. Rev Cuba med mil. [online].2013;42(3):258-367.
36. Gómez J, Osorio J, Vélez G, Zuleta J, Londoño J, Velásquez J. Guía de práctica clínica para la prevención y el manejo de la hemorragia postparto y complicaciones del choque hemorrágico. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2013. Octubre- diciembre;64(4):425-452.
37. Sornoza R,Ordoñez M. Hemorragias Obstétricas. RECIAMUC.[online]. 2022.Mayo;6(2): 287-295.