



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
ESCUELA DE POSGRADO**

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO
RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS**

TRABAJO ACADÉMICO

HEMORRAGIA POST PARTO RETENCIÓN PLACENTARIA 2017.

PRESENTADO POR:

HERMELINDA LOURDES JANAMPA VALLADARES

ASESOR:

DRA. HILDA ELIZABETH GUEVARA GOMEZ

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y CUIDADOS
CRÍTICOS MATERNOS**

MOQUEGUA – PERÚ

2017

RESUMEN

El presente caso se trata de una paciente de 36 años cuyo parto fue atendido en un centro materno infantil que cursa con una retención de placenta, caso en el cual se observa la falta de prevención así como los problemas presentados en el primer nivel de atención que tienen que ver con el manejo inmediato y oportuno de la clave roja y problemas relacionadas con la referencia, el análisis de caso muestra puntos importantes que nos sirven de retroalimentación con la finalidad ejemplificadora que faciliten la corrección de posibles deficiencias y de esta manera se contribuya a la mejora continua de la calidad en el manejo de este tipo de pacientes.

Palabras Clave: Retención de placenta, hemorragia, shock hipovolémico.

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
RESUMEN	IV
CAPÍTULO I	1
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:	1
1.2. JUSTIFICACIÓN	1
1.3. MARCO TEÓRICO.....	3
1.3.1. Antecedentes	3
1.3.1.1. Antecedentes nacionales	3
1.3.1.2. Antecedentes internacionales	7
1.3.2. Bases Teóricas	13
CAPÍTULO II:	39
CASO CLÍNICO.....	39
2.1. INTRODUCCIÓN	39
2.2. OBJETIVOS	40
2.3. MATERIAL Y MÉTODO	40
2.4. TÍTULO	41
2.5. DISCUSIÓN	47
CAPÍTULO III:.....	50
3.1. CONCLUSIONES:	50
3.2. RECOMENDACIONES.....	52
CAPÍTULO IV.....	53
4. BIBLIOGRAFÍA	53
ANEXOS	57

CAPÍTULO I

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

La hemorragia postparto, es una causa importante de mortalidad materna en los países sub desarrollada. Muchos casos de hemorragia puerperal se asocian con placenta retenida, una condición que afecta entre 0,6 y 3,3% de los partos normales.

(1)

Donde hay un fácil acceso a la atención hospitalaria y la transfusión, la mortalidad por esta afección es muy baja. En la última revisión en los países desarrollados como el Reino Unido no hubo muertes por retención de placenta en más de 2 millones de partos. Sin embargo, en muchas partes de los países en desarrollo la tasa de letalidad es alta. En un gran hospital del norte de Nigeria, la mortalidad fue del 3% entre 894 mujeres tratadas por placenta retenida durante un período de 3 años. (2)

La hemorragia posparto (HPP) se define comúnmente como una pérdida de sangre de 500 ml o más dentro de 24 horas después del nacimiento. La HPP es la principal causa de mortalidad de personas de bajos ingresos y la causa principal de casi una cuarta parte de todas las muertes a nivel mundial. La mayoría de las muertes resultantes de HPP se producen durante las primeras 24 horas del nacimiento: la

mayoría de éstos podrían evitarse mediante el uso de uterotónicos profilácticos. Durante la tercera etapa del trabajo y por una gestión oportuna y adecuada se puede mejorar la atención sanitaria de las mujeres durante el parto con el fin de prevenir y tratar la HPP. Es un paso esencial hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. (3)

Las complicaciones de la retención placentaria son graves entre las podemos señalar la atonía uterina incrementándose un riesgo de sufrir la hemorragia post parto, la inversión uterina y puede conllevar a una paciente a la muerte. (4)

Si bien es cierto es una complicación poco frecuente la muerte materna o la histerectomía y la necesidad de transfusiones sanguíneas son las complicaciones más graves de esta patología y que incluso en estos casos con la atención médica adecuada no van a poner en riesgo la vida de la madre, con la hemorragia postparto como una de las causas más importantes de morbi-mortalidad materna en el mundo. (5)

1.2. JUSTIFICACIÓN

La contribución intrínseca de cada componente de la "gestión activa de la tercera fase del trabajo "se examinó a la luz de las nuevas pruebas disponibles y recomendaciones. Todas las mujeres que dan a luz deben recibir ofrecimiento de uso de uterotónicos. Durante la tercera etapa del trabajo de parto para la prevención de la HPP; Oxitocina (IM / IV, 10 UI). Se recomienda como fármaco uterotónico de elección. (6)

La mujer durante el embarazo puede sufrir diferentes complicaciones que ponen en peligro la integridad de la madre. Entre ellas se encuentran la hemorragia puerperal

y en los casos extremos la retención placentaria patológica que debe ser tomada en cuenta a la hora de la evaluación de la paciente para prevenirlas y evitar las complicaciones futuras. (7)

El Hospital, donde se realizó la investigación, al ser un hospital de III nivel, alberga a una población de gestantes de alto riesgo obstétrico y que presentan complicaciones severas las cuales ponen en riesgo la vida del feto

La razón por la cual se realiza el presente trabajo clínico, es porque esta patología a pesar de ser poco frecuente es grave que puede condicionar a una muerte materna, o condicionar a graves problemas en la mujer como son la histerectomía. El análisis de esta patología puede contribuir a un diagnóstico oportuno y así dar la solución inmediata al problema en el caso que se presentara, este estudio es de gran importancia porque se obtendrá los conocimientos actualizados de cómo se puede actuar realizando los procedimientos y normas adecuadas.

Así mismo, consideramos primordial esta investigación, ya que será de gran importancia para mejorar y fortalecer nuestro desempeño asistencial, así como de gran aporte teórico y metodológico.

1.3. MARCO TEÓRICO

1.3.1. Antecedentes

1.3.1.1. Antecedentes nacionales

Valadeau realizó un estudio en el año 2010, Yanasha, también llamado Amuesha, es un grupo de gente amerindia, perteneciente a la familia lingüística arawak. Moran en la región central del Perú, en las estribaciones orientales de los Andes. Su territorio abarca una amplia gama de entornos ecológicos, y las comunidades se extienden desde 1800 hasta 400 msnm. La cultura Yanasha es vívida a este día, y la gente confía fuertemente en la medicina tradicional en su vida cotidiana. Una exhaustiva encuesta etnofarmacológica nos lleva a recoger 249 especies con usos medicinales. En este artículo se presenta una visión general de la farmacopea de Yanasha, relacionada con las prácticas etnomedicinales para control de la hemorragia intrauterina (8)

Olmedo realizó un estudio en el 2014, para determinar el cumplimiento del proveedor con los protocolos para la prevención de la hemorragia postparto y las características del proveedor asociadas con la adherencia y la no adherencia. Se realizó un estudio descriptivo multicéntrico que incluyó 78 observaciones directas de protocolos implementados por el proveedor y 52 entrevistas con proveedores de atención médica materna peruana en 4 centros clínicos peruanos que representaban los niveles de atención local, regional y nacional. Los participantes eran parturientas que planeaban un parto vaginal normal tenían entre 17-49 años de edad y 34-42 semanas de embarazo. Los resultados primarios se compararon utilizando las pruebas de la χ^2 , mientras que los datos de la encuesta cuantitativa se evaluaron

utilizando las medias, las desviaciones estándar y la prueba t de Student o el análisis de varianza para significación estadística. Se halló que hubo 3 diferencias significativas entre los niveles de atención nacional, regional y local: adherencia a las 3 intervenciones ($P < 0,001$); Experiencia profesional ($P < 0,04$); Y retención de proveedores de atención médica ($P < 0,001$). No hubo diferencias en la capacitación de los proveedores ($P < 0,097$), y la retención de proveedores de atención médica experimentados no estuvo asociada con una mayor adherencia a los protocolos. No hubo diferencias significativas en las características de la parturienta. Conclusión: Las características individuales y las creencias institucionales pueden tener más influencia que la experiencia o el entrenamiento en la adherencia a los protocolos para la prevención de la hemorragia postparto; Abordar estos sesgos puede mejorarla seguridad de los pacientes en el Perú y en toda América Latina. (9)

Gonzales y colaboradores en el año 2012, determinaron los valores de hemoglobina asociados con los resultados maternos adversos entre poblaciones peruanas a diferentes altitudes. Para ello se realizó un estudio retrospectivo de cohorte utilizando datos del Sistema de Información Perinatal. Se evaluaron los resultados adversos maternos. El riesgo de pre eclampsia aumentó a niveles de hemoglobina materna superiores a 14,5 g / dl (OR 1,27; IC del 95%: 1,18-1,36) o inferiores a 7,0 g / dl (OR 1,52; IC 95%, 1,08-2,14). Altitud por encima de los 2000 m de riesgo reducido (OR 0,65; IC del 95%: 0,62-0,68). El riesgo de hemorragia postparto (HPP) aumentó con anemia moderada / grave (OR 6,15; IC del 95%: 3,86-9,78) ya altitudes moderadas (OR 1,26; IC del 95%: 1,12-1,43). La anemia leve a cualquier altitud se asoció con un menor riesgo de pre eclampsia (OR 0,85; IC del 95%: 0,81-

0,89) y HPP (OR 1,01; IC del 95%: 0,88-1,15). El riesgo de ruptura prematura de las membranas se redujo a valores altos de hemoglobina. La mortalidad materna aumentó a niveles de hemoglobina por debajo de 9,0 g / dl (OR 5,68; IC del 95%: 2,97-10,80) y superiores a 14,5 g / dl (OR 2,18; IC del 95%: 1,22-3,91). La mortalidad materna aumentó a altitudes moderadas (OR 29,2; IC del 95%: 2,62-324,60) y altas altitudes (OR 66,4; IC del 95%: 6,65-780,30) cuando los niveles de hemoglobina fueron inferiores a 9,0 g / dl. Conclusión: La altitud elevada y los niveles de hemoglobina influyen en los resultados maternos. (1)

Gonzales, en un estudio publicado en el 2007, refiere que los seres humanos han vivido en los Andes peruanos por cerca de 12.000 años proporcionando el tiempo adecuado para la adaptación a la alta altitud que se han producido. La llegada de los conquistadores españoles en el siglo XVI potencialmente alteró este proceso a través de la mezcla genética. Los primeros registros revelaron un potencial para la reducción de la fecundidad y una alta mortalidad perinatal y neonatal entre los primeros habitantes españoles que se establecieron a gran altitud en comparación con la población indígena inca. Parece que la fertilidad se reduce durante la exposición aguda a gran altitud, pero es normal en las poblaciones nacidas y viviendo a gran altitud. Por otro lado, la mortalidad perinatal y neonatal sigue siendo todavía elevada en altitudes elevadas, incluso después de tener en cuenta la situación socioeconómica. Las tasas de mortalidad perinatal y neonatal son, sin embargo, más bajas en las poblaciones que han residido en la altitud alta por más tiempo; Las poblaciones que habitan los Andes del sur tienen una antigüedad más larga a gran altitud y menores índices de defunciones fetales y neonatales que los

de los Andes centrales con una residencia más corta a gran altitud. Es evidente que la antigüedad y la genética son componentes importantes para determinar la supervivencia y la calidad de vida a gran altitud. (7)

Se realizó un estudio acerca de El acceso universal a la salud reproductiva es un objetivo del Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) 5B y, junto con el ODM 5A para reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes, el progreso es demasiado lento para que la mayoría de los países alcancen estas metas en 2015. Un número creciente y sostenible de trabajadores sanitarios especializados y el financiamiento de medicamentos esenciales por parte de los gobiernos, que han asumido compromisos políticos en los foros de las Naciones Unidas para renovar sus esfuerzos por reducir la mortalidad materna. Las listas nacionales de medicamentos esenciales no son un reflejo de los medicamentos disponibles gratuitamente o al costo en las instalaciones o en la comunidad. La Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS indica los medicamentos necesarios para la salud de la madre y del recién nacido, incluida toda la gama de anticonceptivos y anticonceptivos de emergencia, pero no existe un monitoreo constante de la implementación de las listas nacionales. Los defensores de la salud están usando mecanismos de derechos humanos para asegurar que los gobiernos cumplan sus compromisos legales para asegurar el acceso a los servicios esenciales para la salud reproductiva. La mortalidad materna se reconoce como una violación de los derechos humanos por parte de las Naciones Unidas y los derechos constitucionales y humanos se utilizan y pueden utilizarse con mayor eficacia para mejorar los

servicios de maternidad y garantizar el acceso a los medicamentos esenciales para la salud reproductiva. (10)

1.3.1.2. Antecedentes internacionales

En el presente estudio sobre La oxitocina, el estándar de atención para el tratamiento de la hemorragia posparto, no está disponible en todos los entornos debido a los requisitos de refrigeración ya la necesidad de administración intravenosa. El misoprostol, un agente uterotónico eficaz con varias ventajas para entornos de escasos recursos, ha sido investigado como una alternativa. Este ensayo estableció si el misoprostol sublingual era igualmente eficaz en la ocitocina intravenosa para el tratamiento de la hemorragia postparto en las mujeres no expuestas a la oxitocina durante el parto. En este ensayo doble ciego de no inferioridad, 9348 mujeres no expuestas a oxitocina profiláctica tuvieron pérdidas sanguíneas medidas después del parto vaginal en cuatro hospitales de Ecuador, Egipto y Vietnam (una de nivel secundario y tres de nivel terciario). 978 (10%) mujeres fueron diagnosticadas con hemorragia postparto primaria y fueron asignadas aleatoriamente para recibir 800 µg de misoprostol (n = 488) ó 40 UI de oxitocina intravenosa (n = 490). Proveedores y mujeres fueron enmascarados a la asignación de tratamiento. Los criterios de valoración primarios fueron el cese de la hemorragia activa en 20 minutos y una pérdida de sangre adicional de 300 ml o más después del tratamiento. Se aceptaría la equivalencia clínica del misoprostol si el límite superior del IC del 97,5% cayera por debajo del margen de no inferioridad predefinido del 6%. Todos los resultados se evaluaron desde el momento del tratamiento inicial. Se analizaron todos los participantes asignados al azar. La hemorragia activa se controló en 20 minutos con

el tratamiento del estudio solo para 440 (90%) mujeres que recibieron misoprostol y 468 (96%) que recibieron oxitocina (riesgo relativo [RR] 0,94, 95% IC 0,91-0,98; Diferencia 5 · 3%, IC 95% 2 · 6-8 · 6). La pérdida de sangre adicional de 300 ml o mayor después del tratamiento ocurrió en 147 (30%) de las mujeres que recibieron misoprostol y 83 (17%) recibieron oxitocina (RR 1,78, IC del 95%: 1 40-2 26). Temblores (229 [47%] vs 82 [17%], RR 2 · 80, IC 95% 2 · 25-3 · 49) y fiebre (217 [44%] frente a 27 [6%]; · 52-11 · 8) fueron significativamente más comunes con el misoprostol que con la oxitocina. Ninguna mujer tuvo histerectomía o murió. En situaciones en las que el uso de oxitocina no es factible, el misoprostol podría ser una alternativa adecuada de primera línea para la hemorragia postparto. (11)

Muñiz y colaboradores en el 2015, escribieron un artículo acerca de acretismo placentario, indicando que este es la inserción anormal de parte o de toda la placenta, cuya frecuencia se ha incrementado en los últimos 60 años y se caracteriza por una alta morbilidad y mortalidad materna, por lo que describe las características de un caso de acretismo placentario, en esta se detalla una gestación a término de 37 semanas, padece diabetes gestacional y presenta rotura prematura de membrana. Se realiza cesárea con la indicación diagnóstica de fracaso de inducción. Se efectúa histerotomía segmentaria arciforme y se extrae recién nacido vivo; se observa que la placenta se encuentra adherida en el cuerno izquierdo que penetra todo el miometrio hasta la serosa, haciéndose imposible el alumbramiento, por lo que se decide realizar histerectomía total abdominal conservando anejos. Se confirma el diagnóstico con estudio anatomopatológico. Buena evolución de la paciente y su recién nacido. (12)

Leduc y colaboradores en el 2009 realizaron un análisis de revisar los aspectos clínicos de la hemorragia postparto (HPP) y proporcionar directrices para ayudar a los médicos en la prevención y el tratamiento de la HPP. Estas guías son una actualización de la anterior guía de práctica clínica de la Sociedad de Obstetricia y Ginecólogos de Canadá (SOGC) sobre HPP, publicada en abril de 2000. En Medline, PubMed, la Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas, ACP Journal Club y BMJ Clinical Evidence se buscaron artículos relevantes, con concentración en ensayos controlados aleatorios (ECA), revisiones sistemáticas y guías de práctica clínica publicados entre 1995 y 2007. Cada artículo se examinó la pertinencia y el texto completo adquirido si se determinó que era pertinente. Cada artículo de texto completo fue evaluado críticamente con el uso de la escala de Jadad y los niveles de las definiciones de evidencia de la Fuerza de Tarea Canadiense sobre Atención Preventiva de Salud. (13)

La hemorragia postparto (HPP) se define como una pérdida de sangre ≥ 500 ml después del parto y HPP severa como pérdida de sangre ≥ 1000 ml, independientemente de la vía de parto (consenso profesional). La administración preventiva de agentes uterotónicos justo después del parto es eficaz para reducir la incidencia de HPP y se recomienda su uso sistemático, independientemente de la vía de parto (Grado A). La oxitocina es el fármaco profiláctico de primera línea, independientemente de la vía de administración (grado A); Se puede administrar una dosis lenta de 5 ó 10 UI (Grado A) IV o IM (consenso profesional). Después del parto vaginal, no se recomienda sistemáticamente el drenaje rutinario del cordón (Grado B), la tracción controlada del cordón (Grado A), el masaje uterino (Grado

A) y la micción rutinaria de la vejiga (consenso profesional) para la prevención de la HPP. Después de la cesárea, se recomienda el parto placentario por tracción controlada del cordón umbilical (grado B). El uso rutinario de una bolsa de recolección para evaluar la pérdida de sangre postparto en el parto vaginal no es sistemáticamente recomendado (Grado B), ya que la incidencia de HPP grave no se ve afectada por esta intervención. En casos de HPP manifiesta después del parto vaginal, se recomienda la colocación de una bolsa de recogida de sangre (consenso profesional). El tratamiento inicial de la HPP consiste en un examen uterino manual, junto con una profilaxis antibiótica, una evaluación visual cuidadosa del tracto genital inferior, un masaje uterino y la administración de 5-10 UI de oxitocina inyectada lentamente IV o IM, seguida de una infusión de mantenimiento. No exceder una dosis acumulativa de 40 UI (consenso profesional). Si la oxitocina no controla el sangrado, la administración de sulprostona se recomienda dentro de los 30 minutos del diagnóstico de HPP (Grado C). El taponamiento intrauterino de balón puede realizarse si la sulprostona falla y antes de recurrir a la cirugía o a la radiología intervencionista (consenso profesional). Se recomienda la resucitación con líquidos para la HPP persistente después de la uterotomía de primera línea, o si hay signos clínicos de gravedad (Grado B). El objetivo de la transfusión de RBC es mantener una concentración de hemoglobina (Hb) > 8 g / dL. Durante la hemorragia activa, es deseable mantener un nivel de fibrinógeno ≥ 2 g / L (consenso profesional). RBC, fibrinógeno y plasma fresco congelado (FFP) pueden administrarse sin esperar resultados de laboratorio (consenso profesional). El ácido tranexámico puede utilizarse a una dosis de 1 g, renovable una vez si es ineficaz la primera vez en el tratamiento de la HPP cuando la hemorragia persiste después de

la administración de sulprostona (consenso profesional), aunque su valor clínico todavía no se ha demostrado en los establecimientos obstétricos. Se recomienda prevenir y tratar la hipotermia en mujeres con HAP por calentamiento de soluciones de infusión y productos sanguíneos y por calentamiento activo de la piel (Grado C). Se recomienda la administración de oxígeno en mujeres con HPP grave (consenso profesional). Si la HPP no está controlada por tratamientos farmacológicos y posiblemente por balón intrauterino, se recomiendan tratamientos invasivos por embolización arterial o cirugía (Grado C). Ninguna técnica para la cirugía conservadora es favorecida sobre ninguna otra (consenso profesional). La transferencia de hospital de una mujer con una HPP para la embolización es posible una vez que el hemoperitoneo se descarta y si la condición hemodinámica del paciente lo permite (consenso profesional). (14)

El propósito de este estudio fue comparar 4 pautas nacionales para la prevención y manejo de la hemorragia postparto (HPP). Diseño del estudio: Se realizó un análisis descriptivo de las guías del boletín de práctica del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, el Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos de Australia y Nueva Zelanda, el Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos (RCOG) y la Sociedad de Obstetras y Ginecólogos de Canadá Sobre HPP para determinar las diferencias, si las hay, con respecto a las definiciones, factores de riesgo, prevención, tratamiento y reanimación. Resultados: HPP se definió de manera diferente en las 4 directrices. Los factores de riesgo que se hicieron hincapié en las directrices conferían un alto riesgo de hemorragia catastrófica (por ejemplo, cesárea previa y placenta previa). Todas las organizaciones, excepto el Colegio Americano de Obstetras y

Ginecólogos, recomendaron el manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto para la prevención primaria de la HPP en todos los partos vaginales. La oxitocina fue recomendada universalmente como la medicación de elección para la prevención de la HPP en partos vaginales. El Real Colegio Australiano y Neozelandés de Obstetras y Ginecólogos y RCOG recomendó el desarrollo de un protocolo de transfusión masiva para manejar la reanimación con HPP. Las recomendaciones para las estrategias de tratamiento no quirúrgico, como el empaque uterino y el taponamiento con balón, variaron entre todas las guías. Todas las organizaciones recomendaron trasladar a un centro de atención terciaria por sospecha de placentamiento anormal. Las indicaciones específicas para la histerectomía no estaban disponibles en ninguna guía, con RCOG recomendando la histerectomía "más temprano que tarde" con la ayuda de un segundo consultor.

Conclusión: Existen variaciones sustanciales en las directrices de prevención y manejo de HPP entre 4 organizaciones nacionales que destacan la necesidad de una mejor evidencia y una síntesis más consistente de la evidencia disponible con respecto a una causa principal de muerte materna. (15)

1.3.2. Bases Teóricas

1.3.2.1. Hemorragias

Las hemorragias que se dan después del embarazo, en el postparto constituyen una de las razones más importantes de morbilidad y muerte materna y fetal que pueden conllevar a complicaciones muy severa e incluso la muerte. (16)

1.3.2.2. Definición

La hemorragia postparto (HPP) se define como una pérdida de sangre ≥ 500 ml después del parto y HPP severa como pérdida de sangre ≥ 1000 ml, independientemente de la vía de parto (consenso profesional). (17)

- **Hemorragia Postparto:** pérdida de sangre > 500 ml. Incidencia: 5%.
- **Hemorragia Postparto Severa:** pérdida de sangre > 1000 ml. Incidencia: 1.5%
- **Hemorragia Postparto Inmediato:** ocurre dentro de las primeras 24 horas.
- **Hemorragia Postparto Tardía:** que acontece después de las primeras 24 horas.

1.3.2.3. Incidencia

Según los estudios se indica que entre el 1 y 5% de los partos presentan complicaciones después del mismo. La OMS, señala que dentro de este porcentaje el 25% lo constituyen las hemorragias puerperales. (17)

1.3.2.4. Etiología

Primario

- Atonía uterina
- Retención de placenta-especialmente placenta ácreta
- Defectos en la coagulación
- Inversión uterina (18)

Secundario

- Subinvolución del sitio placentario
- Productos retenidos de la concepción
- Infección
- Defectos de coagulación hereditarios (18)

La HPP tiene muchas causas potenciales, pero la más común, por un amplio margen, es la atonía uterina, es decir, el fracaso del útero para contraerse y retraerse después de la entrega del bebé. HPP en un embarazo anterior es un factor de riesgo importante y se debe hacer todo lo posible para determinar su gravedad y causa. En un ensayo aleatorio reciente en los Estados Unidos, el peso al nacer, la inducción y el aumento de la mano de obra, la corioamnionitis, el uso de sulfato de magnesio y la HPP previa se asociaron positivamente con un mayor riesgo de HPP. (18)

En un gran estudio poblacional, los factores de riesgo significativos, identificados mediante el análisis multivariable, fueron los siguientes:

- Retención de placenta (OR 3,5, IC del 95%: 2,1-5,8)

- Falta de progreso durante la segunda etapa del parto (OR 3,4, IC del 95%: 2,4-4,7)
- Accra de placenta (OR 3,3, IC del 95%: 1,7-6,4)
- Laceraciones (OR 2,4, IC del 95%: 2,0-2,8)
- Entrega instrumental (OR 2,3, IC del 95%: 1,6-3,4)
- Recién nacido de gran edad para la edad gestacional (LGA) (OR 1,9, IC del 95% 1,6-2,4)
- Trastornos hipertensivos (OR 1,7; IC del 95%: 1,2-2,1)
- Inducción de trabajo de parto (OR 1,4, IC del 95%: 1,1-1,7)
- Aumento del trabajo de parto con oxitocina (OR 1,4, IC 95% 1,2-1,7).

La HPP también está asociada con la obesidad. En un estudio de Blomberg, el riesgo de hemorragia uterina atónica aumentó rápidamente con el aumento del IMC; En las mujeres con un IMC superior a 40, el riesgo fue de 5,2% con parto normal y 13,6% con parto instrumental. (18)

Un estudio de Hanley et al informó que la exposición al inhibidor de la recaptación de serotonina-norepinefrina al final del embarazo se asoció con un riesgo de 1,6 a 1,9 veces mayor de hemorragia postparto.

Como una forma de recordar las causas de la HPP, varias fuentes han sugerido usar los "4 T" como mnemónica: tono, tejido, trauma y trombosis.

Tono

La atonía uterina y el fracaso de la contracción y retracción de las fibras musculares del miometrio pueden provocar una hemorragia rápida y severa y un shock

hipovolémico. La sobredistensión del útero, ya sea absoluta o relativa, es un factor de riesgo importante para la atonía. La sobredistensión del útero puede ser causada por una gestación multifetal, macrosomía fetal, polihidramnios o anomalía fetal (p. Ej., Hidrocefalia grave); una anomalía estructural uterina; o una falta de entrega de la placenta o distensión con sangre antes o después del parto placentario. (19)

La contracción miometrial pobre puede resultar de la fatiga debido al trabajo de parto prolongado o al trabajo fuerte rápido, especialmente si es estimulado. También puede resultar de la inhibición de las contracciones por fármacos tales como agentes anestésicos halogenados, nitratos, fármacos antiinflamatorios no esteroideos, sulfato de magnesio, beta-simpaticomiméticos y nifedipino. Otras causas incluyen el sitio de implantación placentaria en el segmento uterino inferior, toxinas bacterianas (p. Ej., Corioamnionitis, septicemia), hipoxia debida a hipoperfusión o útero de Couvelaire en las placentas abruptas e hipotermia debida a reanimación masiva o exteriorización uterina prolongada. Datos recientes sugieren que la gran multiparidad no es un factor de riesgo independiente para la HPP. (19)

Tejido

La contracción y retracción uterinas conduce al desprendimiento y expulsión de la placenta. El desprendimiento completo y la expulsión de la placenta permiten la retracción continua y la oclusión óptima de los vasos sanguíneos. (19)

La retención de una porción de la placenta es más común si la placenta se ha desarrollado con un lóbulo succenturado o accesorio. Después de la entrega de la

placenta y cuando se presenta un sangrado mínimo, se debe inspeccionar la placenta para comprobar si hay vasos fetales que corren hacia el borde placentario y terminan abruptamente con un desgarro en las membranas. Tal hallazgo sugiere un lóbulo succenturial retenido.

Es más probable que la placenta se mantenga en gestaciones extremas extremas (especialmente <24 semanas), y puede producirse sangrado significativo. Esto debe ser una consideración en todas las entregas en las gestaciones muy tempranas, ya sean espontáneas o inducidas. Estudios recientes sugieren que el uso de misoprostol para la terminación del embarazo en el segundo trimestre conduce a una marcada reducción en la tasa de placenta retenida en comparación con las técnicas que utilizan la instilación intrauterina de prostaglandina o solución salina hipertónica. Un ensayo de este tipo informó tasas de retención de placenta que requieren D & C de 3,4% con misoprostol oral comparado con 22,4% con prostaglandina intra-amniótica ($p = 0,002$). (15)

El fracaso de la separación completa de la placenta se produce en placenta ácreta y sus variantes. En esta condición, la placenta ha invadido más allá del plano de división normal y es anormalmente adherente. Significativo sangrado de la zona donde se ha producido la unión normal (y ahora el desprendimiento) puede marcar ácreta parcial. La acumulación completa en la cual toda la superficie de la placenta está anormalmente unida, o una invasión más severa (placenta increta o percreta), puede no causar inicialmente hemorragia severa, pero puede desarrollarse a medida que se hacen esfuerzos más agresivos para retirar la placenta. Esta condición debe ser considerada posible siempre que la placenta se implanta sobre una cicatriz uterina previa, especialmente si está asociada con placenta previa. (18)

El fracaso de la separación completa de la placenta se produce en placenta ácreta y sus variantes. En esta condición, la placenta ha invadido más allá del plano de división normal y es anormalmente adherente. Significativo sangrado de la zona donde se ha producido la unión normal (y ahora el desprendimiento) puede marcar ácreta parcial. La acumulación completa en la cual toda la superficie de la placenta está anormalmente unida, o una invasión más severa (placenta increta o percreta), puede no causar inicialmente hemorragia severa, pero puede desarrollarse a medida que se hacen esfuerzos más agresivos para retirar la placenta. Esta condición debe ser considerada posible siempre que la placenta se implanta sobre una cicatriz uterina previa, especialmente si está asociada con placenta previa. (19)

Todos los pacientes con placenta previa deben ser informados del riesgo de HPP grave, incluyendo la posible necesidad de transfusión y histerectomía.

Finalmente, la sangre retenida puede causar distensión uterina y prevenir la contracción efectiva.

Trauma

El daño al tracto genital puede ocurrir espontáneamente o a través de las manipulaciones usadas para entregar al bebé. El parto por cesárea produce el doble de la pérdida de sangre promedio del parto vaginal. Las incisiones en el segmento inferior poco contráctil cicatrizan bien, pero son más dependientes de la sutura, el vasoespasmo y la coagulación para la hemostasia. (20)

La ruptura uterina es más común en pacientes con cicatrices de cesárea previa. La palpación transvaginal rutinaria de estas cicatrices ya no se recomienda. Cualquier útero que haya sufrido un procedimiento que resulte en una interrupción parcial

total o gruesa de la pared uterina debe considerarse en riesgo de ruptura en un futuro embarazo. Esta admonición incluye miomectomía; uteroplastia por anomalía congénita; Resección ectópica cornual o cervical; Y perforación del útero durante la dilatación, curetaje, biopsia, histeroscopia, laparoscopia o colocación de un dispositivo anticonceptivo intrauterino. (15)

El trauma puede ocurrir después de un trabajo muy prolongado o vigoroso, especialmente si el paciente tiene una desproporción cefalopélvica relativa o absoluta y el útero ha sido estimulado con oxitocina o prostaglandinas. La monitorización de la presión intrauterina puede disminuir este riesgo. El trauma también puede ocurrir después de la manipulación extrauterina o intrauterina del feto. El riesgo más alto está probablemente asociado con la versión interna y la extracción de un segundo gemelo; Sin embargo, la ruptura uterina también puede ocurrir secundaria a la versión externa. Finalmente, el trauma puede resultar secundario a los intentos de retirar una placenta retenida manualmente o con instrumentación. El útero siempre debe controlarse con una mano sobre el abdomen durante cualquier procedimiento. Una inyección intraumbilical de solución salina / oxitocina o solución salina / misoprostol puede reducir la necesidad de técnicas de remoción más invasivas. (15)

La laceración cervical es más comúnmente asociada con la entrega de fórceps, y el cuello uterino debe ser inspeccionado después de todos los partos. El parto vaginal asistido (fórceps o vacío) nunca debe ser intentado sin que el cuello uterino esté completamente dilatado. La laceración cervical puede ocurrir espontáneamente. En estos casos, las madres han sido a menudo incapaces de resistir el llevar hacia abajo antes de la dilatación cervical completa. Rara vez, la exploración manual o la

instrumentación del útero puede resultar en daño cervical. Muy rara vez, el cuello uterino se corta de forma intencionada en las posiciones de 2 y / o 10-horas para facilitar el suministro de una cabeza fetal atrapada durante un parto en el pecho (incisión de Dührssen). (20)

La laceración vaginal de los flancos es también más comúnmente asociada con el parto vaginal operatorio, pero puede ocurrir espontáneamente, especialmente si una mano fetal se presenta con la cabeza (presentación compuesta). Las laceraciones pueden ocurrir durante las manipulaciones para resolver la distocia del hombro. Las laceraciones ocurren con frecuencia en la región que recubre las espinas isquiáticas. La frecuencia de las laceraciones laterales y cervicales probablemente ha disminuido en los últimos años debido a la reducción en el uso de fórceps de la parte media de la pelvis y, especialmente, en los procedimientos de rotación de la parte media de la pelvis. (20)

El trauma vaginal más bajo se produce espontáneamente o por episiotomía. Las laceraciones espontáneas usualmente involucran la cuchilla posterior; Sin embargo, puede ocurrir un traumatismo en la región periuretral y del clítoris y puede ser problemático.

Trombosis

En el período inmediato posparto, los trastornos del sistema de coagulación y las plaquetas no suelen dar lugar a sangrado excesivo; Esto enfatiza la eficacia de la contracción y retracción uterinas para prevenir la hemorragia. La deposición de fibrina sobre el sitio placentario y los coágulos dentro de los vasos suministradores desempeñan un papel importante en las horas y días posteriores al parto y las

anomalías en estas áreas pueden provocar HPP tardía o exacerbar el sangrado de otras causas. (21)

Las anomalías pueden ser preexistentes o adquiridas. La trombocitopenia puede estar relacionada con una enfermedad preexistente, como la púrpura trombocitopénica idiopática, o adquirida secundaria al síndrome HELLP (hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y bajo recuento de plaquetas), desprendimiento de placenta, coagulación intravascular diseminada (DIC) o sepsis. En raras ocasiones, pueden producirse anomalías funcionales de las plaquetas. La mayoría de estos son preexistentes, aunque a veces no diagnosticados previamente. (22)

Pueden ocurrir anomalías preexistentes del sistema de coagulación, como la hipofibrinogenemia familiar y la enfermedad de von Willebrand, y deben considerarse. Recientemente, un grupo de expertos emitió directrices para ayudar en el diagnóstico y la gestión de las mujeres con esas condiciones. Un trastorno hemorrágico subyacente debe ser considerado en una mujer con cualquiera de los siguientes: menorragia desde menarquia, antecedentes familiares de trastornos hemorrágicos, antecedentes personales de hematomas notorios sin lesión conocida, sangrado de la cavidad oral o tracto GI sin lesión evidente, o epistaxis de más de 10 minutos de duración (posiblemente requiriendo empaque o cauterización). Si se sospecha un trastorno hemorrágico, se sugiere la consulta. (22)

Las anomalías adquiridas son más problemáticas. DIC relacionado con el desprendimiento de la placenta, el síndrome HELLP, el fallecimiento fetal intrauterino, el embolismo con líquido amniótico y la sepsis. Los niveles de fibrinógeno están marcadamente elevados durante el embarazo, y un nivel de

fibrinógeno que estaría en el rango de referencia en el estado no embarazoso debe ser visto con sospecha en los escenarios clínicos antes mencionados. (19)

Por último, la coagulopatía dilucional puede ocurrir después de una HPP masiva y la reanimación con cristaloides y globulos rojos (PRBC).

Los factores de riesgo y las condiciones asociadas para la HPP se enumeran más arriba; Sin embargo, un gran número de mujeres que sufren HPP no tienen factores de riesgo. Diferentes etiologías pueden tener factores de riesgo comunes, y esto es especialmente cierto en la atonía uterina y el trauma del tracto genital inferior. HPP por lo general tiene una causa única, pero más de una causa también es posible, muy probablemente después de un parto prolongado que en última instancia termina en un parto vaginal operatorio. (22)

El sangrado severo es la causa más importante de muerte materna en todo el mundo. Más de la mitad de todas las muertes maternas ocurren dentro de las 24 horas del parto, más comúnmente por sangrado excesivo. Se estima que, en todo el mundo, 140.000 mujeres mueren de hemorragia postparto cada año-una cada 4 minutos. Además de la muerte, la morbilidad grave puede seguir la hemorragia postparto. Las secuelas incluyen síndrome de dificultad respiratoria del adulto, coagulopatía, shock, pérdida de fertilidad y necrosis pituitaria (síndrome de Sheehan). Aunque muchos factores de riesgo se han asociado con hemorragia postparto, a menudo ocurre sin previo aviso. Todas las unidades obstétricas y profesionales deben tener las instalaciones, el personal y el equipo en su lugar para emergencia. Ejercicios clínicos para mejorar el manejo de la Hemorragia han sido recomendadas por la Comisión Conjunta de Acreditación de las Organizaciones de Salud. (23)

1.3.2.5. Fisiopatología

Los cambios fisiológicos durante el curso del embarazo, incluyendo un aumento de volumen plasmático de aproximadamente el 40% y un aumento de masa de glóbulos rojos de aproximadamente 25%, se producen en previsión de la pérdida de sangre que se producirá en el parto. No existe una definición única y satisfactoria de hemorragia postparto. Una pérdida de sangre estimada en más de 500 ml tras un parto vaginal o una pérdida de mayor de 1.000 ml después de un parto por cesárea se ha utilizado a menudo como diagnóstico, pero el volumen medio de sangre que se pierde en el parto puede ser cantidades de pérdida de sangre notoriamente inexactas. (24)

Se ha utilizado una disminución de los niveles de hematocrito del 10% para definir hemorragia, pero las determinaciones de las concentraciones de hemoglobina o hematocrito puede no reflejar el estado hematológico actual. La fisiología de la hemostasia postparto depende principalmente de eventos mecánicos mediadas por las hormonas, que inducen contracción muscular uterina. Prácticamente todos los estudios recientes se centran en este último fenómeno. En términos generales, el miometrio y decidua están dispuestos de tal manera que las contracciones favorecen la hemostasis. (17)

La hipotensión, el mareo, la palidez y la oliguria no ocurren hasta que la pérdida de sangre es sustancial-10% o más del volumen total de sangre. La hemorragia postparto generalmente se clasifica como primaria o secundaria, con hemorragia primaria ocurriendo dentro de las primeras 24 horas del parto y secundaria hemorragia que ocurre entre 24 horas y 6-12 semanas postparto. La hemorragia postparto primaria, que ocurre en el 4-6% de los embarazos, es causada por la atonía

uterina en el 80% o más de los casos. Otras etiologías son mostradas en la casilla "Etiología de la Hemorragia Postparto", con factores de riesgo de sangrado excesivo enumerados en la caja "Factores de Riesgo para la Hemorragia Postparto". Si la pérdida de sangre excesiva está en curso, la evaluación concurrente y la atención son necesarias. (22)

En el curso de un embarazo, el volumen de sangre materna aumenta en aproximadamente el 50% (de 4 L a 6 L). El volumen de plasma aumenta un poco más que el volumen total de eritrocitos, lo que conduce a una disminución de la concentración de hemoglobina y el valor del hematocrito. El aumento del volumen sanguíneo sirve para satisfacer las demandas de perfusión de la unidad uteroplacentaria de baja resistencia y para proporcionar una reserva para la pérdida de sangre que ocurre al momento del parto. (21)

A término, el flujo sanguíneo estimado al útero es de 500-800 mL / min, lo que constituye el 10-15% del gasto cardíaco. La mayor parte de este flujo atraviesa el lecho placentario de baja resistencia. Los vasos sanguíneos uterinos que abastecen el sitio placentario atraviesan un tejido de fibras miométriales. A medida que estas fibras se contraen después del parto, se produce retracción del miometrio. La retracción es la característica única del músculo uterino para mantener su longitud acortada después de cada contracción sucesiva. Los vasos sanguíneos están comprimidos y doblados por este enrejado entrecruzado, y, normalmente, el flujo sanguíneo es rápidamente ocluido. Esta disposición de los haces musculares se ha denominado "ligaduras vivas" o "suturas fisiológicas" del útero. (21)

La atonía uterina es un fallo de las fibras del miometrio uterino para contraerse y retraerse. Esta es la causa más importante de HPP y generalmente ocurre inmediatamente después del parto del bebé, hasta 4 horas después del parto. El traumatismo en el tracto genital (es decir, el útero, el cuello uterino, la vagina, los labios y el clítoris) durante el embarazo da como resultado una hemorragia significativamente mayor de la que se produciría en el estado no embarazado debido al aumento del suministro de sangre a estos tejidos. El trauma específicamente relacionado con el parto del bebé, ya sea vaginalmente de forma espontánea o asistida o por cesárea, también puede ser sustancial y puede llevar a una alteración significativa de los tejidos blandos y al desgarro de los vasos sanguíneos. (21)

Consideraciones clínicas y Recomendaciones

¿Qué se debe considerar en la evaluación inicial de un paciente con sangrado excesivo en el puerperio inmediato? La causa más común de hemorragia es atonía uterina, se debe vaciar la vejiga y se debe realizar un examen pélvico bimanual. Los hallazgos de la característica suave, mal contraída ("Boggy") sugiere atonía como un factor causal. La compresión o masaje del corpus uterino puede disminuir el sangrado, expulsar sangre y coágulos, y dar tiempo para otras medidas que deben aplicarse. Si persiste la hemorragia, otras etiologías además de atonía debe ser considerada. Incluso si la atonía está presente, puede haber otros factores contribuyentes. Las laceraciones deben ser evaluadas mediante una cuidadosa evaluación visual de los músculos. Posicionamiento correcto del paciente, funcionamiento adecuado. Son necesarios para la identificación y reparación de laceraciones. Una reparación satisfactoria puede requerir traslado a una sala de

operaciones bien equipada. Los hematomas del tracto genital también pueden generar pérdida de sangre. El aumento progresivo de la masa indica una necesidad de incisión y drenaje.

Radiología intervencional

Es otra opción para el manejo de un hematoma. Los hematomas del tracto genital pueden no ser reconocidos hasta horas después de la entrega, ya veces ocurren en la ausencia de laceraciones vaginales o perineales. Los síntomas son presión pélvica o rectal y dolor.

La protección contra hemorragias biológicas:

El volumen de sangre materna aumenta en un 50% en el tercer trimestre (aumenta la tolerancia del cuerpo a la pérdida de sangre durante el parto).

Protección biológica del cuerpo materno contra la hemorragia postparto:

- **Reducción del tamaño uterino:**

El útero grávido se contrae significativamente después del parto debido a la reducción de volumen. Esto permite que la placenta se separe de la interfase uterina, exponiendo los vasos sanguíneos maternos que interfieren con la superficie placentaria. (7)

- **Constricción de la vasculatura**

Después de la separación y entrega de la placenta, el útero inicia un proceso de contracción y retracción, acortando su fibra y retorciendo los vasos sanguíneos que suministran, como suturas fisiológicas o "ligaduras vivas".

Si el útero no se contrae, o la placenta no se separa o entrega, entonces puede producirse una hemorragia significativa. (25)

1.3.2.6. Diagnóstico y exámenes auxiliares

Diagnóstico

El diagnóstico de hemorragia post parto se hace clínicamente, evidenciando la pérdida de sangrado vaginal abundante antes de la salida de la placenta (alumbramiento) o después. Se debe de tratar de cuantificar la cantidad de sangrado para valorar su repercusión sobre el estado hemodinámico de la paciente. Una forma de poder valorar ello es: (4) (7)

- **Signos:** Presión arterial sistólica. Indica afección hemodinámica leve, moderada y grave
- **Síntomas:** indican hemorragia.
- **Leve:** debilidad, sudor, taquicardia.
- **Moderada:** palidez, oliguria.
- **Grave:** shock, fallo renal con anuria, disnea, Síndrome de Seehan en el puerperio inmediato.

Exámenes auxiliares (22)

- a). **Laboratorio:** Solicitar desde la evaluación inicial:
- Hemograma, Hb, Grupo y Rh

- TP, TPT, Fibrinógeno, Plaquetas
- Creatinina, Glucosa
- Proteínas totales y fraccionadas
- Gases arteriales
- Electrolitos séricos
- Examen completo de orina

b). **Imágenes:** Solicitar el primer día.

- Radiografía de Tórax.
- Ecografía abdomino-pélvica.

1.3.2.7. Medidas preventivas

Dentro de las medidas para la prevención de la hemorragia post parto se cuentan las siguientes (Ver gráfico N° 2): (4) (7). Evitar factores predisponentes

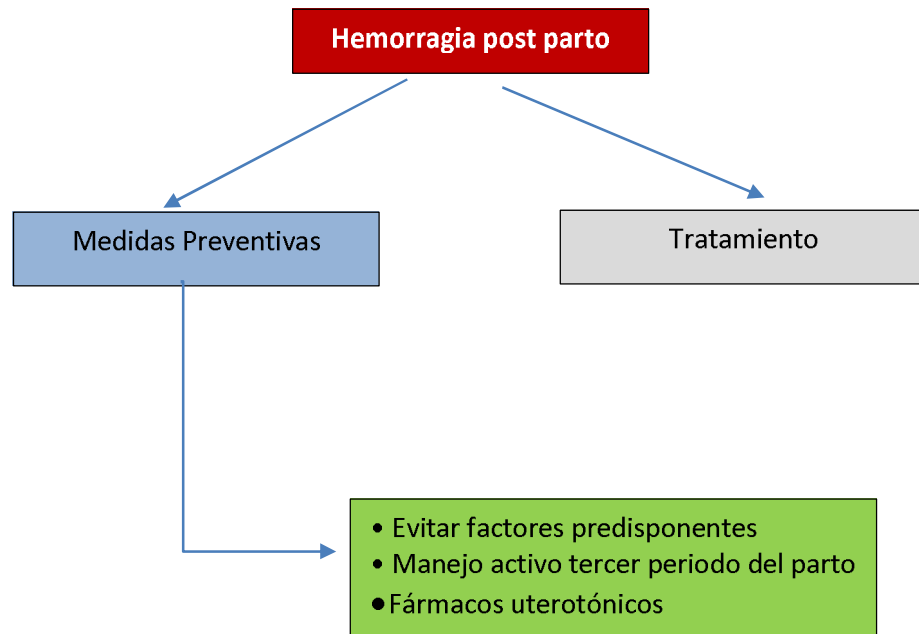
- a. Manejo activo tercer periodo del parto
- b. Fármacos uterotónicos

Evitar factores predisponentes:

La evidencia señala que cualquier mujer puede presentar una hemorragia post parto, se estima que 2 de cada 3 mujeres no presentan factores de riesgo. (26)

Dentro del otro grupo que si presenta algún factor de riesgo se deben adoptar medidas preventivas como la canalización de una vía intra venosa adecuada, realizar estudios de coagulación, tomar pruebas cruzadas. (26)

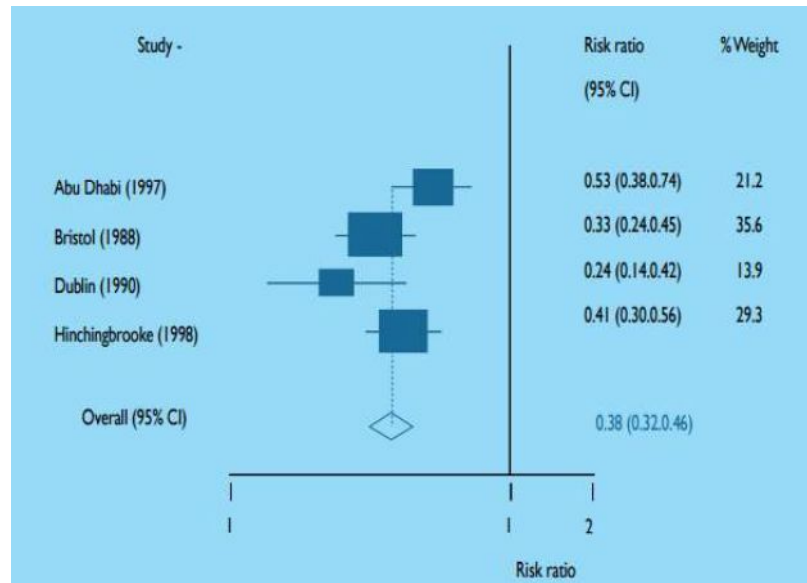
Gráfico N° 1: Medidas preventivas para Hemorragia post parto (1)



a. Manejo activo del tercer período del parto:

La revisión sistemática de cuatro ensayos clínicos sobre las mejores prácticas para disminuir el riesgo por hemorragia post parto que comparo el manejo activo versus el expectante muestra que el manejo activo rutinario resulto ser más efectivo al manejo expectante en cuanto a la pérdida sanguínea (Ver figura N° 3), hemorragia post parto grave, requerimiento de transfusiones sanguíneas y anemia post parto y alumbramiento prolongado. (7)

Figura 1: Manejo Activo del tercer período del parto en relación a la pérdida de sangre igual o mayor a 500 mL)



Componentes del manejo activo del tercer periodo de trabajo de parto: Son tres los componentes para el adecuado manejo activo del tercer período del parto.

1. Pinzamiento del cordón: Se recomienda el pinzamiento del cordón tardío durante la atención simultánea del recién nacido (realizado aproximadamente a 3 minutos después del nacimiento) para todos los nacimientos. **La mayoría de series recomiendan esperar 3 minutos al menos** para pinzar el cordón e iniciar la tracción controlada del cordón permitiendo un mayor flujo final de sangre hacia el recién nacido, lo que va reducir la anemia neonatal e infantil: (23)

2. Tracción controlada del cordón: Es el método recomendado para retirar la placenta. El masaje uterino después de la expulsión de la placenta mediante tracción

controlada del cordón, frecuentemente se incluye como parte del manejo activo de la tercera etapa del parto. (23)

Figura N°2: Aplicación de Oxitocina intra muscular



La tracción controlada del cordón consiste en traccionar el cordón umbilical, al mismo tiempo que se comprime el útero colocando una mano sobre el abdomen inferior a fin de estabilizar el útero. La tracción controlada del cordón se realiza sin importar signos de desprendimiento placentario. La tracción controlada del cordón no debe ser excesiva, ya que puede causar dolor, separación del cordón, hemorragia e inversión del útero. (22) (23)

- 1. Los fármacos oxitócicos:** Se ha observado que los fármacos oxitócicos reducen el riesgo de hemorragia post parto en un 60%.

Figura N°3: Tracción controlada del cordón



Su uso es la intervención principal en el manejo activo del tercer periodo de trabajo de parto. Se recomienda su uso para todas las mujeres con o sin factores de riesgo de HPP que tienen un parto y para mujeres con cesárea, 10 UI por IM (intramuscular) o intravenosa (IV) la oxitocina es el medicamento de elección para profilaxis en el tercer periodo del trabajo de parto. (23)

1.3.2.8. Manejo y tratamiento

Al producirse una hemorragia post parto se debe actuar inmediatamente. Activando la clave roja.

El personal que brinda la atención debe ser capaz de identificar el manejo apropiado para la corrección exitosa de la hemorragia, reduciendo los tiempos de actuación a fin de evitar complicaciones mayores. (22)

El Ministerio de Salud del Perú promueve el empleo de las siguientes medidas generales, específicas, manejo de hemoderivados y cirugía que a continuación describimos:

a. Medidas Generales

- Aperturar dos vías venosas de preferencia con catéteres N° 16, iniciando infusión de Solución salina 9 o/oo rápida.
- Sonda de Foley e iniciar control horario de la diuresis
- Oxígeno terapia por catéter nasal: 3 Lt por minuto
- Control estricto de funciones vitales cada 10 minutos.
- Interconsulta a la Unidad de cuidados intensivos. (20)

b. Medidas Específicas.

1. Fluido terapia.
2. Hemoderivados:
3. Cirugía:

1.3.2.9. Placenta retenida

Definición

La placenta aún no se ha desprendido de su implantación en la pared uterina más allá de los 30 minutos. No confundir con la retención de restos placentarios que,

muy rara vez, causa sangrado masivo y shock hemorrágico, pudiendo causar, más bien, infección endometrial, si no se diagnosticó la ausencia de cotiledones. (20)

Incidencia

La retención de placenta es una causa importante de mortalidad y morbilidad materna en todo el mundo. Se estima que se ´se presenta entre el 0,6 y 3,3% de los partos normales y presenta una tasa de 10% en las zonas rurales. (21)

Etiología

- La principal son las formas de hiperimplantación de la placenta, cretismo placentario (placenta acreta, increta y percreta, dependiendo del grado de infiltración: inmediatamente por debajo de la decidua, pared uterina y más allá de la serosa uterina) (27)
- Cicatrices uterinas
- Miomatosis uterina
- Infección intraamniótica
- Mal manejo del alumbramiento: uso de metil ergonovina. (20)

1.3.2.10. Extracción manual de placenta

Actualmente, el manejo más común para la retención placentaria es la extracción manual bajo anestesia. Este procedimiento representa de por si un riesgo para la paciente ya que está expuesta a riesgo anestésico, así como a infecciones que provienen de insertar una mano al útero.

Ambos riesgos se incrementan sobre todo en los países en vía de desarrollo en donde se presentan altas tasas de infecciones y donde el personal de anestesiólogos es escaso. (28)

El tiempo para realizar la extracción debería ser entre los 30 y 60 minutos en ausencia de hemorragia. Esto se debe a que no hay aumento de la hemorragia hasta por lo menos 30 minutos después del parto. (4)

Si se encuentra que la placenta se acreta cuando se intenta la eliminación manual, hay varias opciones a considerar. A menudo, una eliminación parcial se consigue manualmente y se usa el curetaje para eliminar tanto como sea posible del tejido restante. Mientras la hemorragia se controle con este método y el útero permanezca bien contraído, entonces esto es generalmente adecuado para prevenir hemorragias continuas.

El trofoblasto restante suele reabsorberse espontáneamente, aunque los niveles de β -HCG tardan más en volver a la normalidad. Puede ser necesario un curetaje adicional si continúa la hemorragia. (26)

En el caso de la placenta percreta, la sangre continuará fluyendo a través del área de invasión cuando el grueso de la placenta se elimina debido a la ausencia de la ligadura fisiológica del miometrio que normalmente provocaría el sangrado. Si se descubre en la cesárea, la hemostasia puede lograrse mediante suturas colocadas profundamente en el lecho miometrial o mediante ligadura de las arterias ilíacas uterinas o internas. Sin embargo, generalmente se requiere una histerectomía. (29)

Si el diagnóstico de placenta percreta puede hacerse antes de que se retire cualquiera de los tejidos placentarios (como se puede lograr antenatalmente usando el ultrasonido), entonces el paciente puede ser tratado conservadoramente. Se siguen

los niveles de β -HCG y se realiza la extracción manual y el curetaje cuando se vuelven indetectables. El metotrexato puede ser beneficioso en esta situación. (26)

1.3.2.11. Oxitócicos sistémicos

El papel de los oxitócicos sistémicos en el manejo de las placentas retenidas es controvertido. Los oxitócicos administrados *profilácticamente* en el momento del parto facilitan el alumbramiento a los 20 y 40 minutos, pero no tienen ningún efecto en el número de placentas retenidas que eventualmente necesitan ser removidas manualmente. El único ensayo aleatorizado para evaluar el uso de ergometrina intravenosa mostró un aumento en la tasa de retención de placenta. (30)

Esto puede haber ocurrido como resultado de un espasmo miometrial distal a una placenta colocada fundamentalmente que conduce a su retención forzada. (31)

Las evidencias muestran que el uso de oxitocina que aproximadamente dura sólo 10 minutos en la circulación materna facilita el alumbramiento en los primeros 30 minutos, esto proporciona la base teórica para el uso de oxitócicos para facilitar los alumbramientos en todas las pacientes. (4)

La oxitocina se administra en forma de infusión continua de 5 iu / h, ya que esto aumenta el tono general del miometrio, así como estimula fuertes contracciones fásicas. (24)

El misoprostol, un análogo de prostaglandina E1 oralmente activo, tiene un efecto similar al de una infusión de oxitocina, produciendo aumentos en tono de fondo y resistencia a la contracción durante aproximadamente 90 minutos. (18)

Los resultados de los ensayos en los que se estaba probando como agente profiláctico para prevenir la hemorragia post-parto descubrieron que había un número significativamente menor de placentas retenidas después de su uso.

Su costo, su tolerancia al calor y la disponibilidad oral lo convierten en una excelente droga para el uso rural, donde la electricidad y los trabajadores sanitarios capacitados pueden ser escasos.

Por lo tanto, es un fármaco prometedor para el uso para prevenir las complicaciones de la placenta retenida y se esperan los resultados de nuevos ensayos. (26)

1.3.2.12. Inyección de oxitocina de vena umbilical

Se ha despertado mucho interés por la noción de que la oxitocina puede administrarse directamente al miometrio retroplacentario inyectándolo en el lecho placentario a través de la vena umbilical. Esto permite que el tratamiento se dirija específicamente al área con la falla contráctil, ahorrando al mismo tiempo el resto. Los resultados de los ensayos de este tratamiento han sido mixtos. (18)

Una revisión Cochrane reciente concluye que el uso de oxitocina umbilical es eficaz en el manejo de la placenta retenida, a pesar de que su metaanálisis mostró que la reducción de las tasas de placenta retenida no era significativamente diferente a la obtenida con el manejo expectante (probabilidades de Peto Relación 0,70, intervalos de confianza del 95% de 0,48 a 1,02).

La base de esta conclusión fueron datos adicionales de ensayos aleatorios *controlados con placebo de oxitocina* umbilical que mostraron una reducción significativa en la necesidad de extracción manual de placenta con inyección de oxitocina umbilical (OR 0,59, IC del 95%: 0,43 a 0,82). (18)

2. CAPÍTULO II:

CASO CLÍNICO

2.1. INTRODUCCIÓN

Las hemorragias post parto constituyen una de las causas que más contribuyen a la mortalidad materna sobre todo en los países en vías de desarrollo. Muchos de estos casos de hemorragias post parto se asocian con la retención de placenta. En los países desarrollados existe amplio acceso a los servicios de salud y cuentan con personal capacitado por lo que la mortalidad por esta afección es muy baja. Sin embargo, en los países en vías de desarrollo las tasas de letalidad son altas sobre todo en los partos que no son asistidos por personal capacitado.

La causa de muerte por esta complicación suele ser la hemorragia. Esto es muy frecuente cuando no se logra extraer la placenta manualmente o cuando las distancias a los hospitales con capacidad resolutive son muy largos. Se da por descontado que el tratamiento adecuado y efectivo tiene implicancia para la reducción de la mortalidad materna por esta causa

El presente caso clínico, muestra el diagnóstico, manejo de la retención placentaria en los distintos niveles de atención, caso en el cual se observa la falta de prevención, así como los problemas presentados, puntos importantes que nos sirven de retroalimentación con la finalidad ejemplificadora que faciliten la corrección de

posibles deficiencias y de esta manera se contribuya a la mejora continua de la calidad en el manejo de este tipo de pacientes.

2.2. OBJETIVOS

2.2.1. OBJETIVO GENERAL

- Presentar y analizar un caso clínico de retención placentaria en el año 2015.

2.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar el cuadro clínico de la retención placentaria, causas, factores desencadenantes y severidad.
- Analizar el manejo terapéutico aplicado para el tratamiento de cuadro clínico.
- Identificar las posibles fallas o errores en la aplicación del manejo terapéutico.

2.3. MATERIAL Y MÉTODO

Análisis descriptivo analítico, de tipo estudio de Caso. Se obtuvo el caso clínico; se realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos electrónicos a partir de las palabras claves pre eclampsia, eclampsia; se buscaron artículos de revisión, reportes de casos y manuales y guías de atención.

2.4. TÍTULO

Hemorragia post parto por retención de placenta. Análisis de caso clínico y revisión de la literatura.

1. Filiación

APELLIDOS: R. M.

NOMBRES: A. E

EDAD: 36 AÑOS

HC N^o: 1035955

2. Antecedentes Gineco Obstétricos:

Menarquia: 15 años R/C: 4/30 IRS: 15 años PS: 01

pareja Hora: 9:10 a. m. G3P3001 Control Pre-Natal: 01.

3. Antecedentes importantes y/o relacionados con el caso:

Legrado uterino por aborto incompleto hace 2 años

4. Motivo de Ingreso y de Enfermedad Actual

Paciente de 36 años, estado civil casada, ocupación ama de casa, grado de instrucción primaria completa.

Puérpera inmediata transferida de Centro Materno Infantil por presentar retención placentaria de más o menos 1 hora y 45 minutos, sangrado vaginal activo, paciente se muestra pálido dolor abdominal. Trae canalizada vía periférica permeable.

Refieren haber pasado 1000cc de Cl Na 9‰. Paciente sin sonda Foley ni bolsa colectora.

El resumen de la historia clínica del Centro Materno Infantil indica que paciente es usuaria de los servicios del CMI, tuvo 1 atención pre natal. Paciente llega en fase activa, presenta alza térmica en el trabajo de parto, los análisis son los de rutina hemograma grupo y factor Rh. Algunos datos de cómo fue la evolución del trabajo de parto y parto no están descritos adecuadamente, además de figurar solo la firma del médico más no el sello.

5. Examen Físico al Ingreso:

Presión Arterial: 90/50 mmHg.

Frecuencia Respiratoria: 22 x minuto

Pulso: 102 x minuto Temperatura: 37°C.

Peso: 65 Kg. Talla: 158 cm.

Piel: Pálida, sudorosa.

Pulmones: murmullo vesicular pasa por ambos campos pulmonares, no crepitantes.

Cardiovascular: pulso débil, taquicárdicos.

Abdomen: Altura uterina 22 cm. útero poco contraído

Genitales: Normal, se evidencia cordón umbilical en canal vaginal, con coágulos de sangre

HEMATOLOGIA:

Hemoglobina: 7.3gr/dl

Hematocrito: 22 %

Leucocitos:

6. Diagnóstico de Ingreso:

- a. Puérpera inmediata
- b. Hemorragia Post parto.
- c. Retención Placentaria.

7. Manejo Inicial

Activación clave roja

- a. Control estricto de las funciones vitales en
- b. Vía permeable en ambos brazos, con CINA 0.9% + Oxitocina 20 UI y el otro CINA 0.9% 1000 cc
- c. Se realiza maniobra de Brandt-Andrews no logra expulsar la placenta y se procede a la extracción manual de placenta, con membranas disociadas, cotiledones aparentemente completos.
- d. Se realiza el legrado uterino, con una pérdida aproximada de 500 cc de sangrado,
- e. Pasa al servicio de puerperio.
- f. Monitoreo cada 15 minutos.

8. Evolución Clínica y Tratamiento

- Mantener dos vías permeables: CINA 9°/oo pasar 500cc a chorro, luego a 30 gotas por minuto
- CINA 9°/oo más 20 UI de oxitocina a XL gotas por minuto.

- Cefazolina 1 gramo C/6 horas vía EV.
- Control de Sangrado vaginal estricto.
- Control de funciones Vitales.
- Exámenes: Hemograma, Grupo y Factor sanguíneo, RPR, VIH, Orina completa, Urea, Creatinina, Proteína C Reactiva, Perfil de coagulación.
- Reevaluación con resultados

1er día post evento

- **Funciones Vitales:** P/A: 90/50 mmHg. Pulso 100 x minuto Respiración 22 x minuto T° 37°C Útero contraído: AU 21cm. Loquios escasos.
- Se administra Cefazolina 1 gr. La Presión Arterial osciló entre 90/50 mmHg y 90/60 mmHg El Pulso entre 108 a 100 latidos por minuto.
- Ultimo control: P/A: 100/60mmHg Pulso: 100 latidos por minuto Respiraciones: 20 por minuto. T° 36.5 °C Útero contraído AU: 22 cm Loquios escasos.
- Resultados laboratorio 6.3gr/dl. Se indica transfundir sangre.
- Evolución favorable: Pasa a Hospitalización de Puerperio para su recuperación

Puérpera mediata en su segundo día de hospitalización con vía permeable en alojamiento conjunto.

Al examen: Mamas blandas secretantes

Útero contraído AU= 16cm.

- Funciones Vitales: P/A: 90/50 mmHg. Pulso 80 x minuto Respiración 22 x minuto T°37.1°C Útero contraído: AU 17cm. Loquios escasos.
- Se administra Cefazolina 1 gr.
- Ultimo control del día : P/A: 100/60mmHg Pulso: 82 x minuto Respiraciones: 20 x minuto. T°36.5 °C Útero contraído AU: 16 cm. Loquios escasos.
- Resultados laboratorio 7.6 gr/dl.

Puérpera mediata en su tercer día de hospitalización con vía permeable en alojamiento conjunto.

Al examen: Mamas blandas secretantes

Útero contraído AU= 15cm.

- Funciones Vitales: P/A: 90/50 mmHg. Pulso 78 x minuto Respiración 18 x minuto T°36.8°C Útero contraído: AU 15cm. Loquios escasos.
- Se administra Cefazolina 1 gr.
- Ultimo control del día : P/A: 100/60mmHg Pulso: 82 x minuto Respiraciones: 20 x minuto. T°36.5 °C Útero contraído AU: 15 cm. Loquios escasos.
- Resultados laboratorio 8.1 gr/dl.

Puérpera mediata en su Cuarto día de hospitalización con vía permeable en alojamiento conjunto.

Al examen: Mamas blandas secretantes

Útero contraído AU= 14cm.

Alta, se le da consejería en Signos de alarma del puerperio, así mismo en planificación familiar, nutrición y cuidados en el hogar.

Se le cita por consultorio

2.5. DISCUSIÓN

La mortalidad materna es sin duda un problema de salud pública, la OMS calcula que más de 500,000 mujeres mueren cada año en el mundo por problemas relacionados al embarazo, parto y puerperio de ella más de 35,000 ocurren en América Latina y 1600 corresponden al Perú.

La hemorragia post parto constituye una de las principales causas de muerte materna, en nuestro país es la primera causa de muerte materna

Las causas para que una mujer presente una hemorragia en el puerperio son múltiples siendo la atonía uterina la principal, sin embargo, existe otras entidades que pueden condicionar una hemorragia como es el caso de la retención placentaria.

Las principales causas para la retención placentaria están asociada a una falla en las vellosidades o en los cotiledones para desprenderse de las criptas en las carúnculas. Para que se produzca esta patología influyen ciertos factores como son el grado de degeneración placentaria pre parto, el decremento del flujo sanguíneo uterino siguiente al parto y la involución del útero. Otro número considerable de retenciones placentarias están asociadas a deficiencias nutricionales de caroteno, vitamina E y selenio, fosforo y zinc.

La ausencia de componentes placentarios tanto por parte de la madre como del feto puede condicionar y explicar la mayoría de los casos de placentitis debido

fundamentalmente a la hiperemia y a la infiltración celular, las vellosidades coriónicas parecen fusionarse con las criptas maternas.

Cuando este evento ocurre el personal de los distintos establecimientos de salud sin importar el nivel de atención deben estar preparados para la eventualidad y resolver según su capacidad resolutive.

En este caso se trató de una clave roja, los mayores inconvenientes se dieron en el primer nivel de atención, tal como se puede evidenciar en el siguiente análisis.

La hoja de referencia señala que paciente antes del parto presenta alza térmica. Así mismo señala presión arterial 90/60, pulso 100 por minuto, frecuencia respiratoria 18 por minuto. No señala temperatura.

La paciente no tuvo una adecuada cobertura de atención pre natal a pesar de ser usuaria del establecimiento, el establecimiento de salud no realizó el seguimiento a la gestante para continuar con sus controles, En el centro materno infantil se realizó una evaluación incompleta de las funciones vitales, no se mide temperatura a pesar de que la paciente presento un pico febril antes del parto.

La paciente solo es enviada con una vía y no se realizó adecuadamente la reposición de fluidos, lo que indica que en el CMI no se sigue las pautas establecidas por RM 695-2006/MINSA: Guías de práctica clínica para la atención de las emergencias obstétricas según nivel de Capacidad resolutive y sus 10 anexos. En el CMI no se

realizó el manejo adecuado de la hemorragia obstétrica no se colocaron la sonda Foley y la bolsa colectora. (22)

El manejo de la paciente no fue realizado por equipo multidisciplinario tal como establece la clave roja, evidenciándose una falta de trabajo en equipo para la resolución de las emergencias.

Se evidencia a la vez un manejo inadecuado del registro de atenciones en la historia clínica, no se evidencia un plan de trabajo se evidencia una historia clínica solo con firma y ausencia de sello incumpliendo la NT 022-MINSA/DGSP “Norma técnica de salud para la gestión de la historia clínica”. El personal que elaboró la hoja de referencia estuvo incompleto incumpliendo la RM N° 751- 2004/MINSA que aprueba la NTS N° 018-MINSA/DGSP. Sistema de referencia.

El análisis de los retrasos para evaluar esta morbilidad extrema que pudo conllevar a la muerte de la paciente muestra que, si hubo retrasos, que se inicia en el centro materno infantil ya que espero mucho tiempo para trasladar a la paciente al hospital de tercer nivel, se suma a ello las condiciones en la que fue trasferida la paciente como se analizó anteriormente.

El análisis de las causas se trata de una hemorragia post parto, por retención de restos, que felizmente fue resuelta adecuadamente en el hospital de tercer nivel que evito una muerte materna.

3. CAPÍTULO III:

3.1. CONCLUSIONES:

1. La retención de la placenta se señala como una de las causas más frecuentes de hemorragia después del parto, si la placenta entera ya se ha desprendido, pero aún está dentro del útero, este puede mantener abierto los vasos sanguíneos tras la separación placenta – útero.
2. Hay determinantes que indican que la placenta ya se ha desprendido, como un pequeño chorro de sangre que sale de la vagina de repente (y no es continuo), el cordón umbilical se ve más largo, y el útero se eleva a nivel del ombligo o sobre de él, pero estos signos solo se evidencian con la práctica, hay ocasiones que en lugares alejados están solo personas que están en su primera experiencia profesional y no derivan al paciente en el momento adecuado a la gestante o puérpera.
3. La retención placentaria es una patología que pone en peligro la vida de la mujer si no se actúa rápida y oportunamente, es importante la derivación,

mientras los profesionales no entendamos que hay capacidades que nuestro centro no puede manejar y no se refiera en el momento oportuno casos como el presentado se van a seguir dando, y si bien en este caso todo salió “bien”, hay casos que por segundos la paciente muere, y con ello no solo nos perjudicamos, sino que desmembramos una familia.

3.2. RECOMENDACIONES

1. Los establecimientos de salud deben estar preparados para manejar este tipo de casos, administrativamente y técnicamente. Deben contar con los kits de Clave Roja y personal capacitado para ejecutarlas
2. Los profesionales de la salud deben velar por el cumplimiento de la normatividad vigente en relación a la atención integral de la salud materna.
3. Mejorar el registro de atenciones en la historia clínica según normatividad.
4. Realizar adecuadamente la referencia a hospitales de mayor complejidad según condiciones establecidas en las normas de referencia y contra-referencia.
5. Los hospitales de tercer nivel deben liderar las capacitaciones en servicio para los profesionales médicos y obstetras a fin de disminuir la presencia de eventos adversos.
6. Se recomienda que el profesional de salud (Obstetra) por su propia iniciativa asista a cursos de capacitación o realiza una segunda especialidad en emergencias obstétricas, esto contribuirá que el profesional brinde su atención de calidad y con nivel de especialización para así disminuir a la morbi mortalidad materna.

CAPÍTULO IV

4. BIBLIOGRAFÍA

1. Gonzales G, Tapia V, Gasco M, Carrillo C, Fort A. Association of hemoglobin values at booking with adverse maternal outcomes among Peruvian populations living at different altitudes. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2012; 117(2): p. 134-139.
2. Banco Interamericano de Desarrollo. *Salud materna de la mujer indígena*; 2011.
3. Pérez I, Valverde M, Cobo D, Moh D. *Manejo actual del acretismo placentario*; 2013.
4. Karlsson H PSC. Hemorragia Postparto. *An Sist Sanit Navar*. 2009; 32(1): p. 159-167.
5. Alvarez M, Hinojosa M, Salvador S, López R, Gonzales G, Carbonel I, et al. Morbilidad materna extremadamente grave, un problema actual. *Revista Cubana Higiene Epidemiológica*. 2011; 49(3): p. 420-433.
6. Atencia C. Análisis de factores de riesgo de mortalidad materna, Hospital Provincial Docente Ambato, año 2010; 2011.
7. Gonzales G. Peruvian contributions to the study on human reproduction at high altitude: From the chronicles of the Spanish conquest to the present. *Respiratory, Physiology & Neurobiology*. 2007; 158(2-3): p. 172-179.
8. Valadeau C, Alban J, Sauvain M, Francis A, Bourdy G. The rainbow hurts my skin: Medicinal concepts and plants uses among the Yanasha (Amuesha), an Amazonian Peruvian ethnic group. *Journal of Ethnopharmacology*. 2010; 127(1): p. 175-192.

9. Olmedo B, Miranda E, Cordon O, Pettker C, funai E. Improving maternal health and safety through adherence to postpartum hemorrhage protocol in Latin America. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2014; 125(2): p. 162-165.
10. Shaw D, Cook R. Applying human rights to improve access to reproductive health services. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2012; 119: p. S55-S59.
11. Winikoff B, Dabash R. Treatment of post-partum haemorrhage with sublingual misoprostol versus oxytocin in women not exposed to oxytocin during labour: a double-blind, randomised, non-inferiority trial. *The Lancet*. 2010; 375(9710): p. 210-216.
12. Muñiz M, Álvarez V, Felipe W. Acretismo placentario. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2015 Jun; 41(2): p. 190-196.
13. Leduc D, Senikas V, Lalonde A, Ballerman C. Active Management of the Third Stage of Labour: Prevention and Treatment of Postpartum Hemorrhage. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2010; 31(10): p. 980-993.
14. Sentilhes L, Vayssiere CDTCGA. Postpartum hemorrhage: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF): in collaboration with the French Society of Anesthesiology and Intensive Care (SFAR). *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2016; 198(8): p. 12-21.
15. Dahlke J, Mendez-Figueroa H, Maggio L, Hauspurg A. Prevention and management of postpartum hemorrhage: a comparison of 4 national guidelines. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2015; 213(1): p. 76.
16. Martínez. Prevención de las hemorragias posparto con el manejo activo del alumbramiento. *Matronas profesionales*. 2009; 10(4): p. 20-6.
17. Organización Mundial de la Salud. Control de las complicaciones del embarazo y del parto: una guía para parteras y médicos. Ginebra. ; 2007.
18. Diaz D. Antecedentes obstétricos y hemorragia post parto en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica.. ; 2014.
19. FIGO. Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee: Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2012; 11: p. 108-118.
20. Departamento de Gineco Obstetricia Hospital María Auxiliadora. Guía de práctica clínica para la atención de Emergencias Obstétricas. ; 2012.
21. MINSA. La mortalidad materna en el Perú. ; 2013.

22. MINSA. Guía de práctica clínica para la atención de Emergencias Obstétricas según Nivel de Atención. ; 2008.
23. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la prevención y tratamiento de la hemorragia postparto. ; 2014.
24. Cabrera S. Hemorragia Postparto. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2015; 56(1): p. 23-31.
25. Hospital Donostia Ospitalea. Sesiones Clínicas de Ginecología. ; 2007.
26. Nápoles D. Consideraciones prácticas sobre la hemorragia en el periparto. MEDISAN. 2012; 16(7): p. 1114-1136.
27. Dueñas G, Ornar H, Rodríguez M. Actualidad en el diagnóstico y manejo del acretismo placentario. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2007; 72(4): p. 266-271.
28. Fernández J, Martínez A. Hemorragia post parto después de un parto eutócico. Complejo Hospitalario de Jaén Matronas Prof. 2011;; p. 24-5.
29. Vera E, Lattus J, Bermúdez H, Espinoza L, Ibáñez C, Herrera A, et al. Placenta percreta con invasión vesical: reporte de 2 casos. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2005; 70(6): p. 404-410.
30. Westhoff G, Cotter A, Tolosa J. Oxitocina profiláctica para el alumbramiento. The Cochrane Library. 2013.
31. Solari C. Hemorragia post parto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. Revisa Médica Clínica Condes. 2014; 25(6): p. 993-1002.
32. MINSA. Manejo estandarizado de emergencias obstétricas y neonatales. ; 2010.
33. Benites E. Retención Placentaria como causa de hemorragia postparto en el Hospital de Vitarte caso clínico 2015. ; 2015.
34. Correa G. Gran multiparidad y macrosomía fetal como factores de riesgo para hemorragia post parto hospital distrital Santa Isabel. El porvenir 2007-2013. ; 2014.
35. Mejía L. Fisiopatología choque hemorrágico. Unidad médica de alta especialidad Hospital de Traumatología y Ortopedia Lomas Verdes IMSS. Revista Mexicana de Anestesiología. 2014; 37(1): p. 70-76.
36. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Programa formativo de la especialidad de enfermería obstétrica. ; 2015.

37. Asturizaga P, Toledo L. Hemorragia Obstétrica. Revista Médica La Paz. 2014; 20(2): p. 57-68.
38. Vesperinas G, Rondini C, Troncoso C, Morán B, Levancini M, Avilés C, et al. Histerectomía vaginal, abdominal y vaginal asistida por laparoscopia: un análisis prospectivo y aleatorio.. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2005; 70(2): p. 73-78.
39. Ortiz A, Miño L, Ojeda P, Medina S..Hemorragia Puerperal. Revista de Posgrado de la VI a Cátedra de Medicina. 2011;; p. 1-16.
40. Platt T. El feto agresivo: Parto, formación de la persona y mito-historia en los Andes.. Estudios atacameños. 2002; 22: p. 127-155.