



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

HEMORRAGIA POSTPARTO POR RETENCIÓN

PLACENTARIA EN EL I NIVEL DE ATENCIÓN. LIMA - 2019

PRESENTADO POR:

MILAGROS CHABUCA CANCHARI HUAMAN

ASESOR

Dra. MIRIAN TERESA SOLIS ROJAS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y

CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS

MOQUEGUA – PERÚ

2023

ÍNDICE

CARÁTULA	i
PÁGINA DE JURADO.....	ii
ÍNDICE DEL CONTENIDO.....	iii
RESUMEN.....	v

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	01
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	03
1.3 MARCO TEÓRICO.....	04
1.3.1 Antecedentes.....	04
1.3.2 Conceptos básicos.....	11
1.3.3.1 Definición.....	11
1.3.3.2 Etiología.....	12
1.3.3.3 Criterios de diagnóstico.....	13
1.3.3.4 Complicaciones de la retención placentaria.....	14
1.3.3.5 Tratamiento y manejo de la retención placentaria.....	15
1.3.3.6 Evolución.....	20
1.3.3.7 Pronóstico.....	21

CAPÍTULO II
CASO CLÍNICO

2.1 CASO CLÍNICO.....	22
2.2 OBJETIVOS.....	22
2.3 MÉTODO.....	22
2.4 HISTORIA CLÍNICA.....	23
2.5 DISCUSIÓN.....	36

CAPÍTULO III

3.1 CONCLUSIONES.....	39
3.2 RECOMENDACIONES.....	40
BIBLIOGRAFÍA.....	41
ANEXOS Y APÉNDICES	46

RESUMEN

La hemorragia postparto es considerada como una de las emergencias obstétricas más peligrosas por su alto riesgo de morbilidad materna, esta complicación se presenta entre el 5% al 10% de todos los partos, siendo sus principales causas: La atonía del músculo uterino, los traumatismos de la vía del parto, la retención de placenta y membranas ovulares (1).

Según algunos estudios la hemorragia en los partos vaginales se encuentra alrededor del 4% y en los partos por cesárea alrededor del 6%, convirtiéndose en una de las principales emergencias en obstetricia y primera causal de ingreso a UCI en la etapa del puerperio. A nivel mundial la mortalidad por hemorragia posparto tiene una tasa de 1 por cada 1.000 partos en países subdesarrollados. (2)

Uno de los Objetivos del Desarrollo Sostenible es disminuir para el 2030 la tasa de muerte materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos a nivel mundial. (3)

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene como objetivo prevenir de la morbilidad materna a causa de la hemorragia puerperal, para esto se han diseñado guías y protocolos basados en evidencias clínicas, teniendo en cuenta el criterio de los especialistas. (4)

En el presente caso “La Hemorragia post parto por retención placentaria en el I nivel de atención” Una multigesta con 26 años y 40 semanas de gestación por última regla, acude al centro de salud de nivel I-4 presentando contracciones uterinas frecuentes y pérdida de tapón mucoso, es hospitalizada y después de 2 horas se produce el parto eutócico, con RN vivo varón de peso 3.650 g, se procede al alumbramiento dirigido con aplicación de Oxitocina 10

UI vía IM, se realiza la maniobra de Brandt Andrews para el alumbramiento, pero no se logra extracción de la placenta, ni se evidencia signos de desprendimiento, transcurridos ya los 15 minutos después del parto se comunica al médico general de guardia, porque no se cuenta con ginecólogo las 24 horas, quien indica esperar 15 minutos más, después de 30 minutos, placenta continua adherida por lo se diagnostica placenta retenida, inmediatamente se coordina con un centro de mayor complejidad para la referencia, durante el transcurso de las coordinaciones para el traslado, la paciente presenta sangrado en regular cantidad, por lo cual se procede a estabilizarla y luego paciente es trasladada en ambulancia.

En el hospital el ginecólogo de guardia recibe a paciente y confirma el diagnóstico de retención placentaria más hemorragia postparto, posteriormente se realiza la extracción manual de placenta más un legrado uterino.

Uno de los objetivos de desarrollar este caso clínico es dar a conocer el trabajo multidisciplinario que se viene realizando en el I nivel de atención, además el rol de la obstetra para el manejo oportuno de las hemorragias postparto. A pesar de las múltiples dificultades y carencias que existen en nuestro sector salud como obstetras tenemos el compromiso de seguir preparándonos y capacitándonos para resolver las necesidades de salud de nuestras mujeres, una población vulnerable de nuestro país.

Palabras clave: Hemorragia Postparto, Retención Placentaria, Emergencia Obstétrica.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La hemorragia después del parto es considerada una de las principales emergencias obstétricas y la mortalidad por esta causa oscila entre 30% y 50% (4). Se estima que en el mundo la hemorragia postparto grave oscila alrededor del 11% en parturientas. Así mismo la mayoría de casos se dan en países subdesarrollados, ya que es ahí donde la mayoría de mujeres no puede acceder a un parto institucional, a un manejo activo del alumbramiento y a una atención por profesionales especializados y calificados. Aproximadamente 14 millones de parturientas presentan hemorragia severa postparto, de este, alrededor del 1% muere y el 12% logra sobrevivir con anemia severa. (5)

La placenta retenida se da como complicación durante el alumbramiento, produciéndose una demora en la expulsión de la placenta que va acompañada muchas veces por pérdida excesiva de sangre, debido a que la placenta se

encuentra retenida, adherida o en algunos casos quedan restos placentarios dentro del útero. (6) La hemorragia ocasionada por retención de placenta es una afección con gran potencial de mortalidad debido al riesgo asociado a hemorragia, infección o shock hipovolémico y es la gran responsable de innumerables muertes maternas a nivel mundial. (5)

En nuestro país según la Dirección de Epidemiología del Minsa, a tasa Mortalidad Materna fue de 68 x 100.000 nacidos vivos para el año 2015, (7) en el año 2017 los casos de hemorragia post parto por adherencia placentaria aumentaron y la mayor casuística se presentó en las provincias del Perú, donde no hay una buena atención profesional, ni adecuados servicios sanitarios. (8) En el año 2019 hubieron 302 muertes maternas y de las cuales el 61.6% se produjo en la etapa de puerperio, siendo la hemorragia obstétrica la primera causa representando el 26% del total de muertes maternas. (9)

1.2 JUSTIFICACIÓN

Según la sala situacional SE52 – 2017, la mortalidad materna (MM) es un problema de la salud pública que requiere atención priorizada, ya que genera consecuencias en la familia y dentro de la sociedad, la cual se verá reflejada en el desarrollo del país; una de las metas propuestas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), es lograr disminuir la razón de MM a nivel del mundo a menos del 70 por 1.000 nv, entre el 2016 y 2030. En el 2015, se realizó una estimación cuyo resultado fue que a nivel mundial 830 mujeres diariamente fallecen por causas relacionadas a la gestación, parto y postparto, las cuales en su mayoría

podieron evitarse. El puerperio representa un periodo crítico para las mujeres, es así como se evidencia que el 64,6% de casos de MM se producen en el postparto, el 28,5% durante el embarazo y el 6,9% durante el parto, una de las principales complicaciones en el puerperio es la hemorragia (20,9%) y de estas, las hemorragias producidas el puerperio inmediato llegan al 40,1% de los casos. (8)

Por ello decidí realizar este tema que tiene como objetivo general determinar la importancia del diagnóstico precoz de la hemorragia postparto por retención placentaria en un establecimiento de I nivel de atención, además concientizar al personal que presta atención a la puérpera, haciendo énfasis en la importancia de contar con un equipo capacitado que realice un diagnóstico precoz, brinde un tratamiento adecuado y oportuno para evitar complicaciones mayores, disminuyendo así la tasa de MM en el Perú.

1.3 MARCO TEÓRICO

1.3.1 ANTECEDENTES

Hofmeyr G, Mshweshwe N, Gülmezoglu A. Se realizó una revisión del Cochrane del 2015 de EEUU, en el cual incluyeron tres estudios clínicos controlados aleatorizados. Con un total de 27.837 embarazadas, que tenía como objetivo determinar la diferencia de la tracción controlada del cordón umbilical, en relación a la no tracción del cordón umbilical en los partos vaginales a estos estudios se añadieron estudios clínicos de diversos países como, Uruguay, Francia, Egipto, La India,

Filipinas, Kenia, Sudáfrica, Argentina, Uganda y Tailandia. Los autores recomiendan que los profesionales calificados y capacitados continúen con la tracción controlada del cordón umbilical en la atención del parto, a diferencia de aquellos profesionales calificados sin capacitación formal. En los estudios llegan a la conclusión que la tracción controlada del cordón umbilical no disminuye significativamente la hemorragia post parto (HPP) severa. Además, refieren que se puede excluir el uso rutinario de tracción controlada de cordón umbilical de los paquetes de manejo activo sin incrementar de manera considerable el riesgo de HPP severa, si se utiliza fármacos uterotónicos; sin embargo, esto aumentara el riesgo de extracción manual de la placenta en dichas pacientes con esta complicación. Se concluye que no hubo evidencia de riesgos, ni de beneficios asociados a la tracción controlada del cordón umbilical en los diversos casos en los que no se utilizó un fármaco uterotónicos. Recomiendan que en las próximas investigaciones se incluyan estudios con el uso de la tracción controlada del cordón umbilical sin fármaco uterotónico. (10)

Columbié T, Pérez R, Cordero Y. En un hospital de Cuba realizaron un estudio durante tres años (2015- 2018) para determinar qué factores se asocian con la hemorragia obstétrica en el puerperio inmediato, el estudio fue prospectivo , descriptivo, longitudinal, la muestra fue 105 púérperas y se concluyó que la conducción e inducción del trabajo de

parto con oxitocina (84,7%) y la sobre-distensión uterina (44,7) fueron los factores de riesgo que se asocian a la hemorragia en el puerperio inmediato, y las principales causas de hemorragia fueron la atonía uterina (35,2%), traumatismo del canal del parto (35,2%) y retención de placenta y restos ovulares (14,2). (11)

Montenegro L & Moyota L. En el año 2017 realizaron un estudio en el Hospital Alfredo Noboa (Ecuador) con la finalidad de conocer la relación de la morbimortalidad en mujeres con edades que oscilan entre 35 a 45 años y la prevalencia de retenciones placentarias, el tipo de estudio fue retrospectivo, descriptivo y no experimental. Se atendió 1.379 partos, 1.088 partos vaginales y 291 por cesárea, teniendo como resultado que, del total de partos, 301 pacientes presentaron retención placentaria, de estas 217 fueron multíparas, 51 presentaron alguna condición de morbilidad y no hubo registro de muerte materna. (12)

Begley C, Gyte G, Devane D, McGuire W, Weeks A. En una revisión de Cochrane, para comparar el manejo activo y expectante del alumbramiento, dicha revisión incluyó 7 estudios, seis fueron en países desarrollados y uno en país subdesarrollado, participaron 8.247 mujeres. Para el manejo activo se consideró administrar un medicamento uterotónico, tracción controlada y pinzar precozmente el cordón umbilical y el manejo expectante se refiere a esperar que se produzcan

los signos de desprendimiento de placenta y que el alumbramiento se produzca espontáneamente. Se concluye que el manejo activo en las pacientes con mayor riesgo de sangrado, redujo significativamente la hemorragia postparto precoz a más de 1.000 ml y una reducción en los niveles de Hb materna por debajo de 9 g/dl., reducción del peso del recién nacido por el pinzamiento temprano, redujo también la transfusión de sangre en la madre, se observó también que el uso de uterotónicos produjo un aumento de la presión arterial y vómitos en el post parto. Los autores señalan que se debe analizar de forma individual cada componente del manejo activo del alumbramiento. (13)

Galarreta L, Almudí T, Prieto P, Codina I, Moreno L. En Hospital Sant Joan de Déu, Esplugas de Llobregat, Barcelona, Realizaron una revisión bibliográfica de distintas bases de datos Cochrane, Pubmed, Uptodate, Cuiden, que fueron publicados entre los años 2008 al 2018 cuyo objetivo era evaluar si la aplicación de uterotónicos por vena umbilical puede ser usado en el manejo de las retenciones placentarias. Se seleccionó 12 artículos, los uterotónicos más utilizados en los estudios fueron la Oxitocina, Nitroglicerina, Ergometrina y Misoprostol. Se concluyó que, si bien estos medicamentos disminuyeron la tercera etapa del trabajo de parto y por ende el sangrado

post parto, no demostró una evidencia significativa en la retención placentaria. (14)

Soldevilla A. En el Hospital San José de Chincha, realizó un estudio de tipo retrospectivo y analítico, para determinar la incidencia de hemorragia post parto por retención placentaria, se revisaron las historias de 34 pacientes y la misma cantidad de controles, agrupados por tipo de parto y grupo étnico. Los datos fueron recopilados durante 2 años (2014-2015), según se presentaban los casos, la muestra fue obtenida considerando todos los criterios de inclusión. Se concluyó que la hemorragia postparto por retención placentaria, en el año 2014 y en el año 2015 fue 1% y 0,6% respectivamente. (15)

Sulca L & Vivar P. En el Nosocomio Víctor Ramos Guardia de la ciudad de Huaraz, se realizó un estudio de tipo no experimental, descriptivo retrospectivo y de corte transversal, cuyo objetivo principal era determinar si la edad mayor o igual a 35 años de la madre era un factor de riesgo para desarrollar una retención de placenta; se evaluaron historias clínicas de las gestantes atendidas con diagnóstico de retención de placenta, desde el 01 de enero del 2014 hasta el 31 de diciembre de 2018. El número de gestantes atendidas en ese periodo fueron 9.587, de manera aleatoria usando un Excel de herramienta se obtuvo una muestra de 204 entre casos y controles en base a una razón de 1:1 respectivamente. Se concluyó que de todos los casos el 42,16% tuvieron

una edad mayor o igual a 35 años y un 57,84% eran menores de 35 años y en relación a los controles el 34,31% tuvieron una edad mayor o igual a 35 años y el 66,9% eran menores de 35 años. Se usó la prueba de chi cuadrado, con un intervalo de confianza del 95%, determinando de esta manera que no hay una relación significativa entre placenta retenida y la edad de la madre mayor o igual a 35 años. (16)

Ramírez S & Torres G. Realizaron un estudio con el objetivo de reconocer los antecedentes obstétricos que tienen relación con la hemorragia postparto en pacientes cuyo parto fue atendido en el Hospital Materno Infantil El Carmen, durante el año 2016. La investigación fue de tipo descriptivo correlacional, retrospectivo, con un diseño no experimental, transversal. La población fue las pacientes de post parto inmediato de partos por cesárea y vaginales que cumplen con los criterios de exclusión e inclusión. La muestra obtenida fue de 81 casos y sus respectivos controles, se usó Chi cuadrado y el nivel de significancia del 5%. Obteniendo como resultado que las puérperas que presentaron hemorragia tuvieron los siguientes antecedentes: 16% fueron mayores de 35 años, 57 % con cesárea previa y 20% periodo internatal corto. Causales principales de hemorragia puerperal son: atonía del músculo uterino (40%), retención de placenta o restos

placentarios (38%), lesión de la vía de parto (11%) y ruptura del útero (10%). (17)

Candiotti E. Realizó un estudio descriptivo, transversal, y retrospectivo cuyo objetivo es dar a conocer la incidencia de hemorragia en el puerperio inmediato, en el en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, en el año 2015 (enero – diciembre). En este tiempo se lograron atender 1.491 partos eutócicos, de los cuales se tomó como muestra para dicho estudio 80 pacientes que tuvieron hemorragia en el postparto inmediato. El resultado fue que la incidencia de hemorragia en el puerperio inmediato es de 5,3% y sus principales causas fueron: 63,75% por atonía uterina, 27,5% por desgarros perineales y un 3,75% por retención de restos de placenta más atonía. En relación a los factores de riesgo asociados al embarazo obtuvieron los siguientes resultados: 26,25% no tuvieron ningún control prenatal, un 20% era adolescente, un 17,5% presentó anemia y un 28,75% no presentó ningún factor de riesgo en el embarazo. En relación al periodo del intraparto los factores asociados fueron: 30% parto prolongado, 6,25% macrosomía fetal y en su mayoría con un 61,25% no presento ningún factor de riesgo. (18)

Chávez G. Realizó un estudio para determinar factores de riesgo que se asocian a hemorragia post parto inmediata, en el hospital San José del

Callao, en el segundo semestre del año 2016. Dicho estudio fue observacional, descriptivo, cuantitativo, retrospectivo, de corte transversal de tipo correlacional. Con una población de 1.098 partos atendidos por vía vaginal y cesárea, se obtuvo la muestra de 149 pacientes. Se concluyó que el mayor porcentaje de estas pacientes (55%) sus edades oscilan entre 18 a 29, el 63% tuvieron su parto por cesárea, un 65,1% tenían antecedente de multiparidad y las causas de hemorragia fueron: el 44% por atonía uterina, 12% por desgarro, un 13% por retención de restos placentarios y un 30,2% por otra causa. La hemorragia tipo I fue la que se presentó con mayor frecuencia con un 48 %, y la hemorragia del tipo II y III se presentó más en la atonía del músculo uterino, desgarros del canal del parto y retención de restos, con una diferencia estadísticamente significativa. En relación a la hemoglobina hubo una diferencia de 1,8 g/dl comparado con la Hb al ingreso a sala de partos y la Hb post parto. (19)

1.3.2 CONCEPTOS BÁSICOS

“HEMORRAGIA POSTPARTO PRECOZ POR RETENCIÓN PLACENTARIA

1.3.2.1 DEFINICIÓN

La Hemorragia Puerperal (HPP) es definida como sangrado mayor a 500 ml en un parto vaginal y superior a 1.000 ml en partos vía cesárea; ya que no se puede medir con exactitud el volumen de sangre perdido en estos procedimientos, otra definición de hemorragia, es aquella perdida sanguínea que genera compromiso en la hemodinamia de la paciente. El sangrado que se produce durante el primer día posterior al parto, es llamada hemorragia postparto precoz, la que ocurre posterior al primer día y las 6 semanas posteriores al parto, se denomina como hemorragia postparto tardía. (20)

La retención placentaria en el alumbramiento espontáneo se define como aquella placenta que persiste adherida a la pared uterina posterior a 30 minutos de ocurrido el parto; por otro lado, cuando se da el alumbramiento activo, se considera placenta retenida, si está persiste adherida por más de 15 min posterior de acontecido el parto. (21)

1.3.2.2 ETIOLOGÍA

Las causas de retención placentaria son desprendimiento parcial de una placenta normalmente implantada o atrapamiento de una placenta desprendida en forma parcial o completa y esto puede suceder por:

- Un anillo de constricción uterina en la fusión de los segmentos uterinos inferior o superior.
- Debido a la ausencia de todo o una parte del plano normal de segmentación en el sitio de la inserción placentaria.
- Invasión placentaria real de la pared miometral.
- Manejo inadecuado del alumbramiento, masaje del fondo de uterino (maniobra de Credé) antes del desprendimiento placentario.
- Distocias de la dinámica uterina producidos en un parto prolongado.
- Medicación excesiva o anestesia profunda, originando contracciones uterinas tetánicas que a menudo producen constricción.
- Anormalidades uterinas que favorecen la retención, en particular un útero bilocular o bicorne, así también anormalidades de la placentación, como implantación anormal (placenta acreta).
- Endometritis previa, tumores submucosos, cicatrices uterinas, implantación baja y malformaciones placentarias, como placenta extra coriónica.
- Cesárea anterior.

- Miomectomía, raspado energético y extracción manual previa de una placenta en embarazos anteriores. (22)

Tipos de retención placentaria

Existen tres tipos básicamente de retención placentaria:

1. Retención total: Cuando transcurrido los 30 min en un alumbramiento espontáneo y 15 min en un manejo activo, la placenta no es expulsada en su totalidad, relacionada en su mayoría de veces con la falta de contracción y retracción del útero.
2. Retención parcial: Cuando se desprende la placenta, pero quedan retenidos fragmentos, membranas o cotiledones en la cavidad uterina.
3. Acretismo placentario: Es definida como una adherencia directa o infiltración de las membranas coriónicas en el miometrio, según el grado de penetración puede ser Acreta, Increta o Percreta. (12)

1.3.2.3 CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

El criterio es clínico, en un alumbramiento espontáneo si la placenta no se ha desprendido por lo menos 30 minutos después de ocurrido el parto, y en el manejo activo sino se ha desprendido en los 15 minutos posteriores, así mismo el útero se presentará blando, palpándolo a nivel del ombligo y puede estar desviado hacia un lado (especialmente hacia la derecha). (23)

1.3.2.4 COMPLICACIONES DE LA RETENCIÓN DE PLACENTA:

Las complicaciones más frecuentes son: Shock hipovolémico, endometritis post parto e inversión uterina.

1. Shock hipovolémico: Es una afección que se produce por la pérdida grave de sangre, debido a que la retención placentaria ocasiona una involución uterina que impide la normal contracción uterina originando a su vez una anemia aguda por la pérdida sanguínea.

2. Endometritis postparto: Infección ocasionada por bacterias que ascienden del aparato genital inferior que puede ser ocasionada por la retención de restos y por la extracción manual de placenta.

3. Inversión Uterina: Se puede presentar por la constante opresión en el fondo uterino (maniobra de credé), esta complicación se puede también presentar dentro de la misma cavidad uterina. (12)

Cuadro clínico según la intensidad de la pérdida sanguínea

PARÁMETROS	Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV
Pérdida de volemia (%)	< 15%	15 – 30%	30 – 40%	> 40%
Frecuencia del pulso	< 100	> 100	> 120	> 140
Presión arterial en posición supina	Normal	Normal Hipotensión ortostática	Baja	Baja
Diuresis (ml / hora)	> 30	20 – 30	15 a 20	< 15
Estado mental	Ansioso o normal	Agitado	Confuso	Letárgico

FUENTE: Guías clínicas de procedimiento de obstetricia hemorragia post parto (Minsa 2007)

1.3.2.5 TRATAMIENTO Y MANEJO DE LA RETENCIÓN PLACENTARIA.

El manejo de la hemorragia puerperal por placenta retenida dependerá de la capacidad de resolución y el nivel de complejidad de cada establecimiento.

(17)

De presentarse la retención placentaria el manejo que se debe seguir debe ser:

1. Extracción manual de placenta bajo anestesia.
2. De no producirse la extracción completa de la placenta se pensará en la posibilidad de un acretismo placentario, se optará por un legrado uterino posterior si es un acretismo parcial y si el acretismo es completo se procederá a una histerectomía. (12)

Manejo y tratamiento de la hemorragia post parto por retención placentaria en establecimiento con funciones obstétricas y neonatales básicas (categoría i-4)

- Canalizar una vía EV segura con ClNa 9‰ 1 000 ml y 20 UI de Oxitocina, a un flujo de 40 a 60 gotas por minuto, con catéter endovenoso N° 18. Si ha de presentar sangrado abundante y rojo rutilante, canalizar una vía más, solo con ClNa 9‰ 1.000 ml y dejar fluir 500 ml a chorro, luego mantener a 30 gotas por min.

- Colocar sonda Foley con bolsa colectora.
- Proceder al tacto vaginal con el objetivo de determinar localización placentaria.
- Si se hallan signos de desprendimiento de placenta, se realiza la extracción elevando fondo uterino con una mano sobre el abdomen bajo y tracción del cordón con la otra (maniobra de Brandt-Andrews).
- De no hallarse desprendida la placenta, administrar por vena umbilical 50 cc de ClNa 9‰ con 2 ampollas de Oxitocina de 10 UI.
- Al no encontrarse signos de desprendimiento y no evidenciarse sangrado, pensar en acretismo placentario, solicitar referencia inmediata a un establecimiento con FONE.
- Si el profesional se encuentra capacitado y paciente presenta retención placentaria con sangrado vaginal profuso, además lugar de referencia se encuentra a más de 2 horas se procederá a realizar extracción manual de placenta. (23)

Manejo y tratamiento del shock hipovolémico postparto por retención placentaria en establecimiento con funciones obstétricas y neonatal básicas -(categoría i-4)

- Vía aérea permeable.
- Colocar 2 vías EV seguras con catéter intravenoso N° 18; 1 a 2 litros de ClNa 9‰, empezar con 200 cc a chorro, continuar a 30-60 gotas por min.

- Nada por vía oral(NPO)
- Si hubiera personal capacitado usar expansores plasmáticos.
- Colocar en decúbito dorsal y abrigar a paciente.
- Iniciar sonda vesical con bolsa colectora.
- Asegurar oxigenoterapia por máscara de Venturi 6 a 8 litros x min.
- Si después de 2.000 cc de ClNa 9‰ continúan signos de hipovolémicos, considerar usar expansores plasmáticos (Poligellina, Haemaccel o Dextran al 5%),
- Referir inmediatamente a establecimiento con FONE.
- Comunicar la referencia a establecimiento con FONE. (23)

Extracción manual de placenta

❖ Procedimiento:

- Firmar consentimiento informado.
- Concientizar a familiares acerca de la complicación que ocurre.
- Catéter EV N° 16 o de mayor calibre para estabilización hemodinámica (soluciones o sangre).
- Administración de atropina 0,5 mg EV.
- Toma de muestra de sangre (Hemoglobina/Hematocrito) y pruebas cruzadas ante la posibilidad de transfusión de sangre.

- Si realizara anestesia general de urgencia si existe condiciones, sino se realizará sedación con diluyendo 10 mg de Diazepam en 10 ml de agua destilada y pasará endovenoso lento.
- Se realizará asepsia y antisepsia local.

❖ **Analgesia:**

- Petidina 100 mg por vía EV.
- Diazepam 10 mg EV, lento (no mezclar en la misma jeringa con la Petidina).

❖ **Antibióticos**

- Única dosis de antibiótico profiláctico. Cefazolina 1g EV más Metronidazol 500 mg EV.
- Con signos de infección: Cefazolina 1gr EV cada 6 horas / Gentamicina 5 mg/kg de peso EV cada 24 horas (160 mg EV diario).
 - Metronidazol 500 mg EV cada 8 horas.

❖ **Técnica:**

- Uso de guantes estériles colocados hasta que lleguen al codo.
- Se debe sostener con una pinza el cordón umbilical, con la mano colocar el cordón hasta que quede paralelo al piso.
- Disponer la otra mano en la vagina y hacia arriba en el interior de la cavidad uterina
- Dejar de sujetar el cordón umbilical, dirigir la mano hacia arriba por encima del abdomen, para sostener el fondo del útero y ejercer una

contratación durante la remoción y evitar una inversión uterina, para lograr la dilatación del cuello usar la mano en forma de cuña y con movimiento rotatorio hacer presión.

- En el interior del útero, mover la mano lateralmente hasta ubicar el borde de la placenta.
- Si el cordón umbilical se desprendió antes, introducir la mano en la cavidad uterina, explorarla hasta detectar la línea de división entre la placenta y la pared uterina.
- Retirar la placenta del sitio de implantación, con la técnica de dedos unidos y borde de la mano para generar un espacio entre la placenta y la pared uterina.
- Continuar en todo el lecho placentario hasta que toda la placenta se logre separar de la pared del útero.
- Si la placenta no logra separarse del útero con esta técnica, pensar en acretismo placentario y programar laparotomía con posible histerectomía total o subtotal.
- Sujetar placenta y retirar la mano del útero lentamente.
- Continuar aplicando contra tracción al fondo del útero, dirigiéndolo en sentido opuesto a la mano que se está retirando.
- Verificar en el interior de la cavidad uterina que se haya extraído todo el tejido placentario.

- Administrar 4 ampollas de Oxitocina de 10 UI en 1 Litro de líquidos EV (solución salina normal o lactato de Ringer) a 60 gotas por min o 120 mU por min.
- Alternativamente utilizar 1 ampolla de carbetocina 100 microgramos vía IV diluida en 10 cc de solución salina.
- Masaje en el fondo del uterino para estimular la contracción.
- Si se presenta sangrado profuso continuo, se debe administrar Ergometrina 0,2 mg IM stat + Misoprostol.
- Evaluar placenta para evidenciar integridad, si se encuentra incompleta, explorar nuevamente la cavidad uterina.
- Evaluar a paciente e iniciar la episiorrafia o sutura de algún desgarro que se hubiese producido. (21)

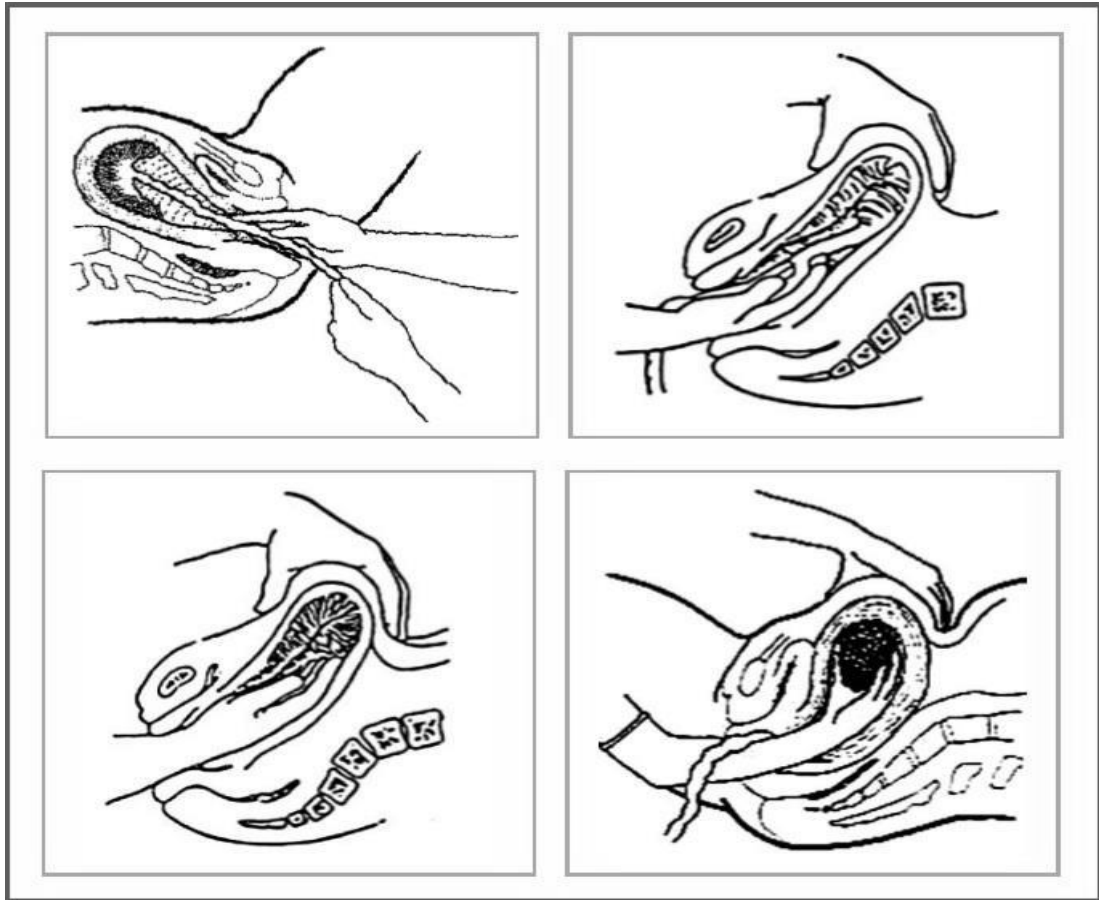
1.3.2.6 EVOLUCIÓN

Después de solucionar la retención placentaria y sus complicaciones la puérpera estará bajo supervisión estricta de funciones vitales y exámenes auxiliares durante por lo menos 24 a 48 horas después de un parto vaginal y de acuerdo a la complicación. Para poder salir de alta la puérpera debe recuperar sus funciones biológicas, tener sus funciones vitales estables y recuperar la capacidad de realizar sus actividades comunes, se estuviera en una zona rural se considerará la posibilidad de mantenerla en una casa de espera para observar alguna complicación. (23)

1.3.2.7 PRONÓSTICO

Va depender de la patología subyacente y el tratamiento que se dio a la paciente. (23)

Gráfico de procedimiento: Extracción manual de placenta.



FUENTE: Guía de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. (2007)

CAPÍTULO II

2.1 CASO CLÍNICO

HEMORRAGIA POSTPARTO POR RETENCIÓN PLACENTARIA EN EL I NIVEL DE ATENCIÓN – LIMA 2019

2.2 OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la importancia del diagnóstico precoz de la hemorragia postparto en el I nivel de atención.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el manejo adecuado de la hemorragia por retención placentaria en el primer nivel de atención.
- Identificar factores de riesgo para desarrollar una retención placentaria en el primer nivel de atención.

- Identificar si se cumplió con todos los estándares de calidad para la referencia oportuna.
- Reconocer el rol de la Obstetra en la atención de la gestante.

2.3 MÉTODO: Para el presente caso clínico se utilizó una metodología de tipo descriptiva, cuantitativa y retrospectiva (revisión de historia clínica).

2.4 HISTORIA CLÍNICA

- ANAMNESIS:

- **Fecha de ingreso:** 15-11-2019
- **Hora:** 21:00
- **Nombre:** xxxx
- **Edad:** 26 años.
- **Estado civil:** Conviviente
- **Ocupación:** Ama de casa
- **Grado de instrucción:** Primaria Completa.
- **Procedencia:** Lima.
- **Religión:** Católica

- ANTECEDENTES FAMILIARES:

- Cáncer mamario (madre)
- Hipertensión arterial (hermana)

- ANTECEDENTES PERSONALES:

Antecedentes patológicos:

- HTA (Niega)
- TBC (Niega)
- Transfusión Sanguínea (Niega)
- Intervenciones Quirúrgicas (Niega)
- Alergias (niega)

Antecedentes gineco obstétricos:

- Menarquía: 12 años
- Régimen catamenial: 4/28 días.
- GP: G4P2012
- G1: Parto vaginal. RN masculino, peso 3.250 g (2013)
- G2: Aborto Espontaneo (2015)
- G3: Parto vaginal. RN femenino, peso 3.750 g (2017)
- FUR: 05/02/2019
- FPP: 12/11/2019
- EG: 40 semanas
- FUP: 20/08/2017
- FIG: 2 años
- RN con mayor peso: 3.750 g
- CPN: 3 (deficientes)

Motivo de Ingreso y Enfermedad Actual:

Paciente ingresa al Centro Materno Infantil nivel I-4, acompañado de su esposo, por sus propios medios, refiriendo la presencia de contracción uterina frecuente y pérdida de tapón mucoso. Se controlaba en Puesto de Salud cercano a su casa, presentando controles incompletos. Niega otras molestias. TE: 1 día.

- EXPLORACIÓN FÍSICA: Fecha: 15/11/2019 Hora: 21:00

• Funciones vitales:

- PA: 110/60 mmHg FC: 76 x min FR: 18 x min T°: 36.8 °C
- Examen clínico:
 - Piel y fascias: Tibias, elásticas, ligeramente pálidas e hidratadas.
 - Cabeza: Normocéfalo
 - Cuello: Aparentemente normal.
 - Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos y regulares.
 - Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares.
 - Mamas: Semiturgentes, secretantes de calostro.
- Abdomen: globuloso, útero ocupado por gestación.
 - AU: 34 cm. SPP: Longitudinal cefálica derecha FCF: 140 x min
 - Dinámica uterina: 2/10 ++ 30 seg.
 - Ponderado fetal: 3.600 g por ecografía.

- Genitales externos: Normales

TV: D: 6cm I: 85% AP: -2 Membranas:
Integras Pelvis: Ginecoide

- Miembros Inferiores: No edemas, no varices.

Exámenes auxiliares (01/11/19)

- HB: 11,5 g/dl
- Grupo Sanguíneo: O
- Rh: Positivo
- Ex de Orina: Negativo
- Glucosa: 80 mg/dl
- RPR: No Reactivo
- HIV: No Reactivo.

Diagnóstico

- Multigesta de 40 SSX FUR
- Fase activa de labor de parto.
- Feto vivo.

Tratamiento

- Hospitalización.
- Canalizar vía periférica C1Na al 9%o 1.000 ml.
- Monitoreo materno-fetal (DU + LCF).
- Monitoreo de funciones vitales.
- Atención de parto.

- REPORTE: CENTRO OBSTÉTRICO

15/11/2019

21:15

Multigesta de 26 años proveniente de tópico de emergencia ingresa en silla de ruedas a Centro Obstétrico con vía permeable periférica C1Na al 9%o con catéter N° 18 en brazo izquierdo con:

Diagnóstico:

- Multigesta de 40 SS X FUR
- Fase activa de labor de parto.
- Feto vivo

Gestante quejumbrosa refiere pérdida de tapón mucoso, contracciones uterinas y movimientos fetales, niega otras molestias.

Al examen: AREG, LOTEPE

- Piel y fascias: Tibias, elásticas, ligeramente pálidas e hidratadas.
- Mamas: Semiturgentes, secretantes de calostro, no dolorosas.
- Abdomen: Ocupado por útero grávido.

- AU: 34 cm.
- SPP: Longitudinal cefálica derecha.
- FCF: 150 x min.
- MF: Presentes
- Dinámica uterina: 3/10 ++ 30seg.
- TV: D: 6cm I: 85% AP: -2 Membranas: Integras
- Pelvis: Ginecoide
- MI: Sin edemas, sin varices.

15/11/2019

21:45

Paciente refiere aumento del dolor tipo contracción.

- Dinámica uterina: 3/10 +++ 30seg.
- FCF: 140 x min.
- Examen Vaginal: Diferido.

15/11/2019

22:15

Refiere sensación de náuseas y aumento de contracciones.

- Dinámica uterina: 3/10 +++ 35seg.
- FCF: 138 x min.
- Examen Vaginal: Diferido

15/11/2019

22:45

Paciente quejumbrosa refiere sensación de pujo.

- PA: 100/60 mm Hg FC: 80 x min FR: 19 x min T°: 36.8 °C
- Paciente en decúbito lateral izquierdo, refiere ganas de pujar.
- Dinámica uterina: 4/10 +++ 35seg.
- FCF: 154 x min.
- TV: D: 10 cm I: 100% AP: 0 Membranas: Ruptura espontanea de membranas, se observa líquido amniótico claro.
- Se traslada a gestante al área de expulsivo.

- REPORTE DE PARTO

15/11/2019

22:50

Multigesta ingresa al área de expulsivo, es colocada en posición ginecológica, se atiende el parto previa asepsia y antisepsia de los genitales externos.

22:55

Parto vaginal, RN vivo, sexo masculino, APGAR 8 al min y 9 a los 5 min peso: 3.650 g, talla: 50 cm, perímetro cefálico: 34cm, perímetro torácico: 33 cm. Seguidamente se procede a la administración de 10 UI Oxitocina intramuscular como parte del manejo activo del alumbramiento, se realiza contacto precoz del RN y su madre, después de transcurridos 3min se procede a clampar el cordón umbilical.

23:05

Transcurridos ya 10 min de producido el parto se realiza la maniobra de Brandt Andrews para realizar el alumbramiento, pero placenta se encuentra adherida, se espera 05 minutos más.

23:10

Se intenta nuevamente realizar alumbramiento, pero placenta continúa adherida, se comunica a médico general de guardia, quien indica esperar 15 min más.

23:15

Se intenta nuevamente realizar alumbramiento, pero placenta continúa adherida.

23:25

Se produce un sangrado en poca cantidad y al no producirse el desprendimiento de la placenta se diagnostica placenta retenida, se decide transferir a paciente a establecimiento con mayor capacidad resolutive

FV: PA: 90/50 mm Hg Pulso: 90 x min FR: 21 x min T°: 36.3 °C

23:30

Se llama por teléfono a Hospital Nivel III para realizar la coordinación, pero no responden.

23:45

Se logra comunicación con Hospital quien acepta la transferencia, puérpera con sueño, mareada, con escalofríos, se observa sangrado vaginal y coágulos en regular cantidad.

FV: PA: 80/50 mm Hg Pulso: 100 x min. FR: 22 x min. T°: 36.1 °C

- Se pasa ClNa al 9%o 500 cc a chorro, se agrega oxitocina 30 UI a 60 gotas x min.
- Se canaliza otra vía periférica con expansor plasmático (Poligellina 3.5%) a 60 gotas x min.
- Se inicia control de diuresis: Sonda vesical más bolsa colectora.
- Se administra O2 con cánula binasal a 4 L/ min
- Se traslada a paciente en ambulancia acompañada de personal de salud (obstetra) con Dx:
 - Puérpera inmediata de +/- 50 minutos
 - Retención placentaria
 - Hemorragia postparto

- REPORTE DE HOSPITAL

23:55

Paciente es ingresada al Hospital en camilla, acompañada por Obstetra, con dos vías permeables ClNa al 9%o 1.000 ml + oxitocina 20 UI y otra vía con expansor plasmático (Poligellina 3.5%), es recibida por ginecólogo de Guardia.

FV: PA: 90/50 mmHg Pulso: 100 x min. FR: 20 x min. T°: 36.4 °C

Ginecólogo evalúa a paciente y diagnostica Retención Placentaria más hemorragia postparto, realiza la extracción manual de placenta en emergencia, previa pseudo analgesia con Petidina 50 mg + atropina 0.5 mg + Midazolam 2.5 mg.

Indica programar para legrado uterino y solicita exámenes de laboratorio.

16/11/2019

01:00

Resultados de Ex de laboratorio:

- **Hemograma:**
 - Hb:8.5 g/dl HTO: 26%
 - Plaquetas: 190.000 por microlitro.
 - Leucocitos: 8.500 células por microlitro.
Abastoados: 1% Segmentados: 80%
- TGO: 26 U/I TGP: 21 U/I
- Grupo Sanguíneo: "O"
- Factor RH: Positivo.

02:00

FV: PA: 90/50 mmHg Pulso: 98 x minuto FR: 20 x minuto. T°: 36.7 °C

Se realiza legrado uterino a paciente de manera satisfactoria.

Se indica continuar con ClNa al 9%o 1.000 ml + Oxitocina 20 UI a 30 gotas x min.

Antibióterapia con Ampicilina 1g EV c/6 horas + Gentamicina 80 mg EV c/ 8 horas + Cloranfenicol 1 g EV c/ 8 horas.

Se indica Hierro Sacarato 100 mg / 5 ml 02 ampollas en 500 cc de ClNa al 9%o.

Se solicita Hemoglobina y Hematocrito de control.

17/11/2019

Paciente evoluciona favorablemente.

18/11/2019

11:00

Se produce alta clínica de paciente con Dx.

- Puérpera mediata de +/- 2 ½ días.
- Hemorragia postparto x retención placentaria
- Anemia moderada.

Indicaciones:

- Ampicilina 500 mg V.O c/8 horas x 5 días.
- Gentamicina 160 mg IM c/ 24 horas x 5 días
- Cloranfenicol 500 mg V.O c/ 8 horas x 5 días
- Sulfato ferroso 300 mg V.O c/24 horas x 30 días
- Control x consultorio externo en 5 días
- Orientación y consejería en signos de alarma del puerperio.

- EPICRISIS

Paciente mujer de 26 años, con 40 semanas por última regla, acude a establecimiento de salud nivel I, con dolor tipo contracciones. Se produce un parto vaginal, con RN

vivo, masculino, con APGAR: 8 al primer min y 9 a los 5 min, peso: 3.650gr, talla: 50 cm, Pc: 34 cm, Pt: 33 cm.

Se realiza el alumbramiento dirigido con la aplicación de Oxitocina 10 UI vía IM, se realiza la maniobra de Brandt Andrews para el alumbramiento, pero no se logra extracción de la placenta, ni se evidencia signos de desprendimiento, transcurridos ya los 15 minutos después del parto se comunica al médico general de guardia ya que no se cuenta con ginecólogo las 24 horas, quien indica esperar 15 minutos más, después de 30 minutos, placenta continua adherida por lo se diagnostica placenta retenida, inmediatamente se coordina con un centro de mayor complejidad para la referencia, durante las coordinaciones, la paciente presenta una hemorragia post parto por la retención placentaria, se estabiliza a paciente y es llevada con prontitud en ambulancia al hospital de mayor complejidad. En el hospital, se le realiza primero la extracción manual de placenta según norma, y luego un legrado uterino, recibe antibioticoterapia y hierro sacarato por la anemia postparto.

Su evolución es favorable, sale de alta con indicaciones y con cita médica de rutina en una semana, presentándose a dicha cita sin ninguna complicación.

DISCUSIÓN

Según el centro nacional de epidemiología, prevención y control de enfermedades del Minsa la tasa de mortalidad materna para el año 2021 ha sido 87,4 x 100 000 n.v. teniendo como primera causa directa a la hemorragia obstétrica, a su vez diversos estudios indican que el mayor porcentaje de hemorragia se presentan en la etapa del puerperio.

En nuestro caso clínico la paciente es derivada del Centro Materno Infantil, nivel I-4, debido a que no tiene ginecólogo las 24 horas del día para realizar procedimientos y tratamientos de la especialidad, como la extracción manual de placenta y legrado uterino, y poder afrontar las emergencias como la hemorragia postparto temprana.

Se debió referir a al paciente transcurridos los primeros 15 minutos después de producido el parto, y no esperar 15 minutos más, ya que se le realizó un manejo activo de la placenta.

La referencia de la paciente no fue inmediata a pesar del diagnóstico de hemorragia postparto (HPP, pues se retrasaron 50 min en el traslado al Hospital de mayor complejidad.

La paciente fue evacuada con un profesional obstetra quien le coloca una vía permeable de CINA 9% + 30 UI de Oxitocina y además expansor plasmático.

El diagnóstico fue el adecuado, permitiendo el manejo correcto en el I nivel de atención.

El seguimiento estricto del personal de obstetricia del centro Materno Infantil, a la puerpera con HPP por retención de placenta permitió detectar signos y síntomas compatibles con shock hipovolémico, lo que nos lleva a pensar en una pérdida sanguínea

aproximadamente de 30% de su volumen, lamentablemente no se le tomó un Hematocrito o Hemoglobina antes del parto, porque el CMI no contaba con laboratorio las 24 horas del día.

Si realizamos una comparación con otros estudios clínicos, **Montenegro L & Montoya L** indican en su estudio que de las 301 pacientes que presentaron retención placentaria, 217 fueron multíparas, **Chávez G** en su estudio también concluye que el 61,1% presentó como antecedente la multiparidad, al igual que la paciente de nuestro caso clínico.

Ramírez S & Torres G, obtienen como resultado en su estudio para determinarlos antecedentes obstétricos que tienen relación con la hemorragia postparto encontrando que el 20% de las pacientes tenían como antecedente el periodo intergenésico corto, así como la paciente del caso clínico que su periodo intergenésico era corto (2 años).

Candiotti E, en su estudio para conocer la incidencia de hemorragia en el postparto inmediato concluye como uno de los factores de riesgo fue el no control prenatal (26,25%), similar al caso clínico que si presentó controles prenatales, pero estos fueron insuficientes (3 CPN).

En relación a la edad **Chávez G** indica que el 55% de toda su población muestra, sus edades oscilaban entre 18 a 29 años, como la edad de la paciente del caso clínico a diferencia de **Sulca L & Vivar P** en su estudio para determinar si la edad mayor o igual a 35 años en la madre es factor de riesgo presentar una retención placentaria, determinando que no hay una relación significativa.

Como podemos observar se logró identificar algunos factores de riesgo en la paciente como las atenciones prenatales incompletas, antecedente de aborto, multiparidad y periodo intergenésico corto.

A pesar de las complicaciones que se presentaron durante la atención de la paciente se lograron cumplir las pautas de la Guía de prácticas clínicas del Minsa, evitándose una complicación mayor o una muerte materna, pese a muchas limitaciones que presentan los establecimientos del I nivel de atención.

CAPÍTULO III

3.1 CONCLUSIONES

- En la presentación del caso clínico, se evidencia que el personal de salud logró identificar oportunamente los signos y síntomas que presentaba la paciente, lo cual fue favorable para un diagnóstico precoz, favoreciendo así el correcto traslado a un centro de mayor complejidad, a pesar de que se presentaron deficiencias en la comunicación con el hospital de referencia.
- Se realizó el manejo necesario para prevenir una posible complicación, ya que la obstetra encargada tenía amplio conocimiento sobre la identificación de signos y síntomas que presentó la paciente después del parto.
- Se identificó los factores de riesgo que presentaba la paciente; antecedente de un aborto espontáneo, controles prenatales incompletos, multiparidad y periodo intergenésico corto.
- De acuerdo a los estándares de manejo frente a una emergencia como lo es la hemorragia por retención de placenta, esta se pudo realizar correctamente, ya que se contaba con el personal capacitado, la obstetra de turno, quien está en constante capacitación e informó al médico de guardia de manera oportuna, el

cual realizó la coordinación de la referencia a un establecimiento de mayor complejidad, para su atención.

- En este estudio se reconoce la labor que ejerce la obstetra, quien estuvo monitorizando cada signo y síntoma de la paciente para evitar una complicación.

3.2 RECOMENDACIONES

- ✓ A nivel de atención se debe garantizar la asistencia del profesional especialista las 24 horas del día y durante todo el mes en los Centro de Salud I4.
- ✓ Las gestantes y puérperas deben ser referidas en ambulancia, con profesionales calificados y capacitados para brindar durante el traslado una atención de calidad a los pacientes y evitando así una complicación en el trayecto.
- ✓ Capacitación constante a profesionales indicados (médicos y obstetras) del I nivel de atención en el correcto y oportuno uso de medicamentos uterotónicos como primera acción dentro del manejo de la retención placentaria.
- ✓ La extracción manual de placenta es uno de los procedimientos más usados para evitar la HPP debido a retención placentaria, el cual debe ser realizado por personal capacitado, por lo que se debe capacitar constantemente a las Obstetras ya que son ellas quienes atienden el parto I nivel de atención.
- ✓ La activación del sistema de referencia y contra referencia debe ser inmediata, realizándose con rapidez y de forma oportuna a un establecimiento de mayor capacidad resolutive.

- ✓ En los servicios de Gineco-obstetricia, los profesionales deben continuar trabajando con el objetivo de disminuir las muertes maternas y lograr alcanzar los nuevos estándares de calidad de atención.
- ✓ Es importante tener políticas públicas con un enfoque de género e interculturalidad, el esfuerzo conjunto de todos los actores sociales incluyendo a la comunidad nos ayudaran a mejorar la salud materna en nuestro país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Suarez J, Santana Y, Gutiérrez M, Benavides M, Pérez. Impacto de la hemorragia obstétrica mayor en la morbilidad materna extremadamente grave. Rev. Cubana Obst Ginecol [Internet]. 2016 Dic [citado 2021 octubre 20]; 42(4):464–473. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600x2016000400008&Ing=es.
2. Lugo A. Caracterización de las pacientes con hemorragia uterina puerperal en las que se utilizó Misoprostol. Rev Cubana Obst Ginecol [Internet]. 2014 Jun [citado 2021 octubre 25]; 40(2):145–154. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X201400200002&Ing=es.
3. [OMS | Objetivos de Desarrollo Sostenible: Metas www.who.int > sustainable-development-goals > targets.](https://www.who.int/sustainable-development-goals/targets)
4. Solari A, Solari C, Wash A, Guerrero M, Enríquez O. Hemorragias del Posparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento Rev Med Clínica Condes [Internet] 2014; 25(6) 993 - 1003.
5. Benites E. Retención Placentaria como causa de hemorragia postparto en el Hospital de Vitarte 2015. [Tesis de especialidad]. Repositorio de la Universidad Privada de Ica – 2016.

6. Quilindo C, Ramírez J, Osorio A, Revelo N, Caicedo F. Uterotónicos en el tratamiento de la Retención Placentaria. Estudiantes de Medicina. [Página Web]. Universidad del Cauca. Facultad Ciencias de la Salud, mayo 2017.
7. Guevara E. Estado actual de la Mortalidad Materna en el Perú. Rev Perú Investig Matern Perinat 2016; 5(2):7-8. [Internet]. Disponible en: [file:///C:/Users/PC04/Downloads/admin,+REVISTA+20162+Editorial+E.+Guevara%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/PC04/Downloads/admin,+REVISTA+20162+Editorial+E.+Guevara%20(1).pdf).
8. Ministerio de Salud - Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Sala de Situación Perú SE52 [Pagina Web]. Perú 2017.
9. MINSA Situación Epidemiológica de la Mortalidad Materna en el Perú. [Internet];<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2021/SE042021/03.pdf>.
10. Hofmeyr G, Mshweshwe N, Gülmezoglu A. Controlled cord traction for the third stage of labour. [Artículo web]. Estados Unidos 2015.
11. Columbié T, Pérez R, Cordero Y. Factores asociados a la hemorragia obstétrica en el postparto inmediato: Hospital Juan Bruno Zayas. Rev. Méd Sinerg. [Internet]. 2019 octubre [citado 2021 octubre 24]; 4(10):e269.
<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/269>.

12. Montenegro L, Moyota L. Prevalencia de retenciones placentarias y su relación con la morbimortalidad en mujeres de 35 a 45 años de edad. Hospital Alfredo Noboa Montenegro. [proyecto de investigación previo a la obtención del título de obstetrix/obstetra]. Guaranda- Ecuador 2017.
13. Begley C, Gyte G, Devane D, McGuire W, Weeks A. Manejo activo frente a manejo expectante para mujeres en el alumbramiento. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas, 2015, Número 3. Art. nº: CD007412. DOI: 10.1002/14651858.CD007412.pub4.
14. Galarreta L, Almudí T, Prieto P, Codina I, Moreno L. Manejo de la retención de placenta: revisión bibliográfica sobre la inyección de uterotónicos en la vena umbilical. Base de Datos Revisiones Sistemáticas 2018. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/manejo-de-la-retencion-de-placenta-revision-bibliografica-sobre-la-inyeccion-de-uterotonicos-en-la-vena-umbilical/>
15. Soldevilla A. Hemorragia post parto por retención placentaria en el servicio de Gineco-obstetricia en el hospital San José de Chincha 2015. [Tesis de Especialidad]. Repositorio de la Universidad Privada de Ica 2016.
16. Sulca L, Vivar G. Edad materna mayor o igual a 35 años como factor de riesgo para retención placentaria Hospital Víctor Ramos Guardia de la ciudad de Huaraz 2019. [Tesis para optar el Título de Médico Cirujano]. Chimbote -Perú 2019.

17. Ramírez S. Antecedentes obstétricos asociados a hemorragias post parto en puérperas inmediatas atendidas en el hospital regional docente materno infantil El Carmen, periodo 2016. [Tesis para optar el Título de Obstetra]. Huancayo - Perú 2017.
18. Candiotti E. Incidencia de la hemorragia inmediata post parto vaginal en el hospital Carlos Fanfranco la hoz en el año 2015. [Tesis de Especialidad]. Lima - Perú 2018
19. Chávez G. Factores asociados a hemorragia posparto inmediato Hospital San José 2016. [Tesis el grado Académico de Maestra en Medicina]. Lima - Perú 2018.
20. Rojas L, Rojas L, Villagómez M, Rojas A, Rojas A. Hemorragia posparto: Nuevas evidencias. La Ciencia al Servicio de la Salud y la nutrición. [Internet] 2019. Disponible:<http://revistas.esPOCH.edu.ec/index.php/cssn/article/view/182>
21. Guevara E, Sánchez A, Luna A, Ayala F, Mascaró P, Carranza C, Meza L. Guías de práctica clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología Instituto Materno Perinatal. 2ª. Edición - Setiembre 2018.
22. Canchihuamán L. Hemorragia post parto por retención placentaria en el hospital de apoyo Junín. [Tesis de especialidad]. Repositorio de la Universidad de Ica – 2016.

23. Ministerio de Salud. Guías de Práctica Clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. [Página Web.] Lima – Perú 2007.