



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD REPRODUCTIVA

TRABAJO ACADÉMICO

**RETENCIÓN PLACENTARIA: REPORTE DE UN CASO EN EL
HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ, LIMA – 2024**

PRESENTADO POR:

YOISI HELEN CHAMBILLA APAZA

ASESORA:

MG. MARIA DEL PILAR ASAN VELASQUEZ

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD
REPRODUCTIVA CON MENCIÓN EN INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA,
ALTO RIESGO OBSTÉTRICO Y MONITOREO FETAL**

MOQUEGUA-PERÚ

2024



Universidad José Carlos Mariátegui

CERTIFICADO DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, en calidad de Jefe de la Unidad de Investigación de la **Escuela de Posgrado**, certifica que el trabajo de investigación () / Tesis () / Trabajo de suficiencia profesional () / Trabajo académico (X), titulado “**RETENCIÓN PLACENTARIA: REPORTE DE UN CASO EN EL HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ, LIMA – 2024**” presentado por el(la) aspirante **CHAMBILLA APAZA YOISI HELEN**, para obtener el grado académico () o Título profesional () o Título de segunda especialidad (X) en: **SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD REPRODUCTIVA CON MENCIÓN EN INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA, ALTO RIESGO OBSTÉTRICO Y MONITOREO FETAL**, y asesorado por el(la) Mg. **MARIA DEL PILAR ASAN VELASQUEZ**, designado como asesor con Resolución Directoral N° **0694-2024-DEPG-UJCM**, fue sometido a revisión de similitud textual con el software TURNITIN, conforme a lo dispuesto en la normativa interna aplicable en la UJCM.

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

Programa académico	Aspirante(s)	Trabajo de investigación	Porcentaje de similitud
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD REPRODUCTIVA CON MENCIÓN EN INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA, ALTO RIESGO OBSTÉTRICO Y MONITOREO FETAL	CHAMBILLA APAZA YOISI HELEN	RETENCIÓN PLACENTARIA: REPORTE DE UN CASO EN EL HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ, LIMA – 2024	18%

El porcentaje de similitud del Trabajo de investigación es del **18%**, que está por debajo del límite **PERMITIDO** por la UJCM, por lo que se considera apto para su publicación en el Repositorio Institucional de la UJCM.

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

Moquegua, 26 de diciembre de 2024

UNIVERSIDAD JOSE CARLOS MARIATEGUI

Dr. JAVIER PEDRO FLORES AROCUTIPA

JEFE DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS

ÍNDICE DE CONTENIDO

Página del jurado	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE DE CONTENIDO	iv
RESUMEN	vi
CAPÍTULO I. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	7
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	7
1.2 JUSTIFICACIÓN	9
1.3 MARCO TEORICO	10
1.3.1 ANTECEDENTES	10
ANTECEDENTES INTERNACIONALES	10
ANTECEDENTES NACIONALES	11
1.3.2 CONCEPTOS BASICOS DE LA ENFERMEDAD O EVENTO	14
GENERALIDADES	14
ETIOLOGÍA	14
DIAGNÓSTICO	16
CLASIFICACIÓN	17
COMPLICACIONES	18
TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO	19
CAPÍTULO II CASO CLÍNICO	22
2.1 OBJETIVOS	22

OBJETIVO GENERAL	22
OBJETIVOS ESPECIFICOS	22
2.2 SUCESOS RELEVANTES	23
2.3 DISCUSIÓN	33
2.4 CONCLUSIONES	35
2.5 RECOMENDACIONES	37
BIBLIOGRAFÍA	39

RESUMEN

El presente caso clínico aborda como tema de investigación la retención de placenta, la cual es una patología poco frecuente, pero cuyo tratamiento inadecuado puede derivar en complicaciones graves. **Objetivo:** Analizar la forma en que se hace el manejo clínico y terapéutico de la retención placentaria en una gestante atendida en el Hospital San Bartolomé, Lima 2024. **Resultados:** Mujer segundigesta, de 24 años, con 39 semanas de embarazo, que acudió al servicio de emergencia del Hospital San Bartolomé refiriendo contracciones uterinas frecuentes, sin signos de alarma. Al examen vaginal se detecta dilatación de 8 cm, con membranas íntegras y en estado de fase activa, con anemia leve y los demás resultados de laboratorio normales. La gestante fue llevada a la sala de expulsivo, obteniendo un recién nacido de sexo femenino, peso: 2665 grs., Apgar 9'9', talla: 47.5 cm., PC: 33 cm., Capurro: 41 ss., líquido amniótico claro, adecuado, sin mal olor. Tras casi media hora de alumbramiento el médico asistente de guardia procede a extracción manual de placenta, pero este se produce de manera incompleta. La revisión instrumentada permitió extraer aproximadamente 200 cc de membranas, y se detectó un desgarro cervical de 2,5 cm el cual fue inmediatamente suturado. La evolución fue favorable y el alta se dio dos días después del parto. **Conclusiones:** La retención placentaria es una de las causas más comunes de hemorragia postparto, por lo que su identificación oportuna es importante para evitar la muerte materna.

Palabras claves: Complicaciones del parto, Hemorragia postparto, Retención placentaria.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La retención de tejido placentario constituye una de las principales causas de hemorragia en el postparto, y se suele definir como la ausencia de expulsión placentaria espontánea posterior a los treinta minutos de haberse expulsado al feto. Debido a que la hemorragia generalmente sucede tras el alumbramiento, la extracción manual de la placenta debe realizarse cuidadosamente en estos casos (1).

La frecuencia de nuevos casos de retención placentaria puede presentar variaciones según las características de la población, oscilando esta entre un 0,5 y 3% de los partos vaginales, y pueden ser diagnosticados rápidamente cuando se observa ausencia de signos de desprendimiento de la placenta (2). Aproximadamente una de cada cuatro muertes maternas es causada por hemorragias durante el embarazo, el parto o el posparto, y entre el 15% y el 20% de las hemorragias posparto son resultado de una retención de la placenta (3).

A nivel de América Latina, un estudio realizado en Ecuador reportó que la retención de restos placentarios representa el 4% de las complicaciones obstétricas reportadas

en las gestantes (4).

En el Perú, un reporte del Instituto Nacional Materno Perinatal indica que la retención de placenta o fragmentos placentarios, con o sin hemorragia, se presentaron en el 2,9% del total de partos del año 2021 y el 3,7% del total de partos del año 2022, siendo el grupo de retención de fragmentos placentarios o de membranas sin hemorragia el más frecuente (5). Otro reporte correspondiente a la Región de Salud Piura determinó que la retención de placenta se encuentra dentro de los 20 principales diagnósticos de morbilidad materna extrema de dicha región en el periodo 2021-2023, representando el 1,2% del total de casos (6).

Manejar adecuadamente la etapa del alumbramiento ayuda a disminuir las complicaciones asociadas, incluyendo la placenta retenida. De todas las formas existentes de placenta retenida, es más común observar la denominada placenta adherente, representando alrededor de 8 de cada 10 casos. Aplicar una tracción al cordón umbilical de manera continua para favorecer la separación de la placenta tras el nacimiento, lo cual se realiza de manera rutinaria, disminuye la necesidad de una extracción manual, especialmente cuando la placenta quedó atrapada detrás del cuello uterino. Como complicación principal de la placenta retenida sobresale la hemorragia posparto, definida como una pérdida sanguínea en volumen superior a los 500 ml, y la hemorragia posparto severa, con una pérdida de sangre superior a 1000 ml. Sin embargo, se debe tener en cuenta que la extracción manual de la placenta incrementa también la posibilidad de que se produzca una endometritis en el puerperio (7).

Otro aspecto a considerar es el aumento de riesgo de retención placentaria cuando se administran medicamentos para prevenir la hemorragia puerperal, especialmente en

el caso de la carbetocina, ya que, si bien tiene un efecto antihemorrágico similar a la oxitocina, duplica el riesgo de que se produzca retención de la placenta, por lo que su uso debe ser evaluado por el médico (8).

En base al panorama descrito, en el presente estudio se desarrolló un caso clínico enfocado en la evolución de una mujer que presentó retención placentaria atendida en el Hospital San Bartolomé, institución en la que se cuenta con poca evidencia científica sobre este tema. Por ello, se considera que el presente aporte será de gran interés para los obstetras especialistas, ya que puede el conocimiento de esta patología y su tratamiento adecuado servirá para prevenir el desarrollo de graves complicaciones.

1.2 JUSTIFICACIÓN

La retención placentaria es una complicación obstétrica significativa que puede llevar a hemorragia postparto, infecciones y, en casos graves, a la mortalidad materna. Por ello, investigar este tema puede proporcionar una mejor comprensión de las causas subyacentes, los factores de riesgo y las posibles intervenciones, aumentando a la vez el cuerpo de evidencia científica sobre la retención placentaria y sus mecanismos fisiopatológicos para mejorar las guías clínicas y las prácticas obstétricas.

Por otra parte, para los profesionales de la salud, especialmente en obstetricia, es crucial estar bien informados sobre las complicaciones del parto. Por este motivo, la investigación de casos clínicos específicos contribuye al conocimiento general y permite una formación más sólida y práctica, además de ayudar a identificar patrones y particularidades que pueden no ser evidentes en estudios más amplios, lo cual puede llevar a mejoras en el diagnóstico precoz y en la efectividad del tratamiento

individualizado.

Finalmente, la práctica de investigar casos clínicos fomenta un enfoque aplicado de la investigación médica, donde los hallazgos se pueden traducir directamente en mejoras prácticas en la atención al paciente, lo cual crea un ciclo de retroalimentación positiva entre la teoría y la práctica.

1.3 MARCO TEORICO

1.3.1 ANTECEDENTES

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Maharjan M et al., en Nepal, el año 2024, presentaron el caso de una hemorragia posparto masiva secundaria a placenta accreta en una primigrávida joven de 24 años con embarazo RH negativo. Los hallazgos clínicos y los antecedentes no fueron significativos durante su ingreso. En el centro obstétrico dio a luz al bebé por vía vaginal, pero la placenta no fue expulsada hasta 30 minutos después. Debido a que la extracción manual de la placenta no fue exitosa, la paciente fue trasladada a sala de operaciones. Se realizó una aspiración manual endouterina y se obtuvieron trozos de placenta junto con coágulos de sangre. Se insertó un taponamiento uterino con balón. Debido al sangrado persistente de la placenta, se realizó una histerectomía subtotal en línea para la placenta accreta (9).

Pujiyani et al., en Indonesia el año 2023, realizaron un estudio con el fin de analizar los factores de riesgo asociados a la presencia de placenta retenida, a través de un estudio analítico con diseño de casos y controles,

considerando una muestra de 11 casos y 111 controles. Los resultados evidenciaron la existencia de asociación significativa para el factor espaciamiento de los partos ($p= 0,004$), mientras que la edad, paridad y antecedentes de cesárea no mostraron una relación significativa ($p> 0,05$). Se concluye que el principal factor para que se produzca retención de la placenta es el espaciamiento reducido entre los partos, es decir, menor de 18 meses (10).

Wei et al., el año 2022, realizaron un análisis de datos secundarios para construir un modelo de riesgo predictivo de hemorragia posparto (HPP) en base a información de trece hospitales en el Reino Unido, Uganda y Pakistán, contando con una muestra de 516 pacientes y 14 factores de riesgo potenciales. Los resultados indican que, entre las pacientes con retención de placenta, la incidencia de HPP fue del 62,98%. En relación a los factores analizados, las pacientes en el país de bajos ingresos (es decir, Uganda) (OR: 1,753), las placentas retenidas extraídas en el quirófano (OR: 2,028) y las placentas extraídas parcialmente mediante tracción controlada del cordón (TCC), extraídas completamente de forma manual (OR: 4,722) se comportaron como factores de riesgo independientes (11).

ANTECEDENTES NACIONALES

Cruz AM, en el año 2024 en Moquegua, presentó el caso de una gestante de 19 años primípara, con 39 ss, referida al servicio de emergencia de un nosocomio de nivel II.1 por presentar pérdida de líquido más de 24 horas,

además de un dolor intenso en la región lumbar, por lo que se procedió a brindar tratamiento antibiótico de profilaxis y a acentuar el trabajo de parto al haberse encontrado hipodinamia uterina. En la etapa del alumbramiento se presentó retención de la placenta, obligando al personal a realizar la extracción manual y posterior legrado uterino, pero la pérdida de sangre fue tan alta que terminó en un cuadro de shock hipovolémico. Se procedió a la transfusión de dos unidades de sangre estabilizándola, aunque permaneció con un cuadro de anemia severa por unos días.(12)

Canchari M., en el año 2023 en Moquegua, comentó el caso de una gestante de 40 semanas G4P2012 de 26 años que ingresó por emergencia al Centro de Salud I-4. En antecedentes obstétricos comentó que su segunda gestación fue un aborto espontáneo, también refiere que solo acudió a tres controles prenatales. La paciente acudió por referir contracciones frecuentes y pérdida de tapón mucoso. Funciones vitales en valores normales, al examen clínico AU:34 cm SPP: LCD, FCF: 140 DU: 3/10 ++ 30 seg. Al tacto vaginal: D:6cm I: 85% AP: -2, membranas íntegras y pelvis ginecoide. Una hora después del ingreso la paciente refiere sensación de pujo DU: 4/10 +++ 35 seg. D: 10 cm I:100% AP: 0 Ruptura espontánea de membranas, líquido claro, se trasladó al área de expulsivo. Trascorridos 10 minutos se realiza la maniobra de Brand Andrews pero la placenta aún se encontraba adherida, se comunicó al médico e indicó esperar 10 minutos más. Se intentó nuevamente la extracción y otra vez en 10 minutos, al no obtener resultados se decidió

referirla a un establecimiento de mayor nivel. En el hospital se le diagnosticó retención placentaria más hemorragia postparto y se le realizó la extracción manual de placenta en emergencia, previa pseudo analgesia con petidina 50mg + atropina 0.5mg + midazolam 2.5 mg. Posteriormente se le realizó un legrado, la paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta a los 2 días. (13)

Valdez R., en el año 2023 en Apurímac presentó el caso de una segundigesta de 38.2 ss x FUR G1P1001, que acude al establecimiento de salud manifestando contracciones intensas y pérdida de tapón mucoso. Niega antecedentes, diagnosticada con anemia. Al examen físico LOTEPE, funciones vitales normales. Dinámica uterina: F:3/10 I: ++ D: 40” al tacto vaginal: I:100% D: 10cm AP: -1 MI, VP: OIDA, el periodo expulsivo no tuvo complicaciones, se obtiene un RN con Apgar 8 al 1’, 9 a los 5’ de sexo masculino. Se realiza el alumbramiento dirigido, se observa signos de desprendimiento e intenta maniobra de Brandt Andrews sin éxito, 20 minutos después el médico indica administrarle 1 ampolla de diclofenaco 75mg vía IM, procediendo a extraer manualmente la placenta sin resultados. Se coordina su referencia, pero no tienen camas disponibles por lo que se intenta la extracción manual nuevamente sin éxito. Finalmente se realiza la referencia con doble vía, pero la paciente presenta signos de shock hipovolémico, deciden retornar al centro de salud en donde se reintenta la extracción manual, obteniendo la placenta incompleta, pérdida sanguínea de 1800ml. La paciente es referida al

Hospital de Andahuaylas en donde le realizaron un legrado uterino, 2 días después fue dada de alta. (14)

1.3.2 CONCEPTOS BASICOS DE LA ENFERMEDAD O EVENTO

GENERALIDADES

Bajo la denominación de retención placentaria se alude a la adherencia de la placenta por encima de los 30 minutos cuando se trata de un proceso de alumbramiento natural y por encima de los 15 minutos cuando el alumbramiento fue dirigido. Esta retención de fragmentos placentarios puede presentarse durante el puerperio tardío bajo la sintomatología de sangrado intermitente por el canal vaginal, loquios malolientes, endometritis y una involución incompleta del útero. La ecografía a nivel pélvico representa una herramienta muy útil para hacer el diagnóstico diferencial de dicha condición. Si se realiza un legrado uterino, los restos removidos deben ser enviados para un estudio histopatológico de confirmación diagnóstica.(3)

ETIOLOGÍA

La principal causa de la retención placentaria está relacionada con el hecho de que no se producen contracciones uterinas normales, como consecuencia de alteraciones uterinas como miomas y alteraciones en la forma de la placenta. También puede ocurrir si la placenta se inserta en un lugar inusual, ya sea con adherencia normal o en casos de acretismo placentario (15). La placenta tampoco se desprende adecuadamente cuando hay una

tensión anormal por tratarse de partos prematuros o en casos de una gran distensión uterina (16).

Como factores de riesgo independientes para la placenta retenida reportados con mayor frecuencia por investigaciones recientes destacan:

- Antecedente de placenta retenida con OR 12,6 (17).
- Parto prematuro con OR 3,28 (17).
- Uso de oxitocina durante 195–415 minutos con OR 2,0 (17).
- Uso de oxitocina más de 415 minutos con OR 6,55 (17).
- Preeclampsia con OR 2,85 (17).
- Dos o más abortos espontáneos previos con OR 2,62 (17).
- Uno o más abortos previos con OR 1,58 (17).
- Muerte fetal con OR ajustado para nulíparas 5,67 (18).
- Muerte fetal con OR ajustado para multíparas 4,56 (18).
- Falta de atención prenatal con OR 22,7 (19).
- Cesárea previa con OR 12,0 (19).
- Edad materna de 35 años o más con OR 7,1 (19).
- Gran multiparidad con OR 6,63 (19).
- Dilatación y legrado previos con OR 4,4 (19).
- Peso placentario inferior a 501 g con OR 2,91 (19).

Se destaca también que, en las mujeres nulíparas, se identificaron factores de riesgo adicionales: mayor duración del parto en la primera o segunda etapa; mientras que, la raza negra no hispana, en comparación con la raza blanca no hispana, resultó protectora. Por otro lado, también se ha

encontrado que el índice de masa corporal no está asociado con un mayor riesgo de retención placentaria (18). Asimismo, un estudio reciente indicó que las ecografías de implantación excéntrica en el primer trimestre se asociaron con un mayor riesgo de retención de placenta y masa no homogénea en las ecografías posparto. (20)

Entre los factores protectores que se han reportado se destacan:

- Paridad de dos o más con OR 0,40 (17).
- Tabaquismo al inicio del embarazo con OR 0,28 (17).

DIAGNÓSTICO

En la anamnesis se debe direccionar hacia el reconocimiento de los factores de riesgo como cirugías previas que involucren la cavidad uterina, malformaciones uterinas y antecedentes personales de retención placentaria. También es importante considerar causas obstétricas como óbito fetal, parto prematuro, preeclampsia o retraso en el crecimiento intrauterino, así como la existencia de síntomas de alarma. Durante la exploración física, se debe evaluar las características del sangrado (cantidad o sintomatología de anemia) y hacer el descarte de infección mediante hallazgos clínicos, como fiebre, descenso vaginal, dolor al mover el cuello uterino, entre otros. Los parámetros analíticos de laboratorio no son diagnósticos, pero ayudan en la orientación del cuadro y a la adopción de decisiones terapéuticas, como realizar un hemograma y pruebas de coagulación en casos de sangrado abundante o síntomas de anemia. Si se sospecha de un proceso infeccioso, se pedirán reactantes de fase aguda

(PCR) y, en caso se sospeche de una endometritis, es recomendable realizar un cultivo de aspirado del endometrio. Si la paciente presenta fiebre, se requerirá también hemocultivos. Se evaluarán los niveles de bHCG en plasma, aunque no se recomienda su monitoreo en casos de retención, salvo en situaciones con hallazgos contrastables o se piense que existe un proceso compatible con neoplasia o la mola hidatiforme (21).

Por último, se debe realizar una ecografía transvaginal, que es la técnica de imagen preferida para diagnosticar la retención de productos de la concepción (RPOC). En la ecografía, la retención placentaria se muestra como una masa endometrial hiperecoica y/o heterogénea. Es crucial describir el tamaño de la imagen ecográfica, la ecogenicidad del endometrio y el grado de vascularización. Por otra parte, en los casos donde el diagnóstico ecográfico no sea claro, la histeroscopia permite ver de manera directa el interior de la matriz y demostrar la existencia o ausencia de la retención placentaria. El tejido retenido generalmente aparece como una lesión blanquecina similar al nácar, de lisa superficie o textura friable, bordes bien definidos y pocas veces acompañada de focos necróticos. No se recomienda realizar una histeroscopia si se sospecha de una infección, para evitar la propagación de esta hacia las trompas de Falopio (22).

CLASIFICACIÓN

La placenta retenida se clasifica en tres categorías según sus manifestaciones clínicas: a) placentas que están adheridas, pero pueden ser separadas de la pared del útero de forma manual; b) casos extraños donde

hay una invasión anómala de la pared uterina, como en la placenta acreta; y c) placentas que quedan atrapadas detrás del cérvix uterino contraído tras el parto (23). La incidencia del acretismo placentario es baja, aproximadamente 1 en cada 2,500 partos, aunque ha ido en aumento en los últimos años debido al incremento en el número de mujeres que presentan cicatrices en el útero (24). Entre el grupo de placentas mórbidamente adherentes, la placenta acreta es una placenta anormalmente invasiva que puede provocar una hemorragia potencialmente mortal. La base de la formación de la placenta acreta puede definirse bien por la ausencia de la decidua basal, total o parcial, y el desarrollo anormal de la denominada capa de Nitabuch, básicamente fibrinoide (9).

COMPLICACIONES

Hemorragia postparto: La placenta adherida es un riesgo significativo de hemorragia vaginal severa después del parto. Este sangrado puede provocar un trastorno grave que impide la coagulación normal de la sangre (coagulopatía intravascular diseminada), o un cuadro de insuficiencia a nivel pulmonar o renal. Además, es posible que se requieran unidades de sangre para una potencial transfusión (25).

Endometritis postparto: Infección causada por patógenos bacterianos que provienen desde la región inferior del aparato genital, la cual puede deberse a la retención de restos placentarios o a la extracción placentaria manual (26).

Inversión Uterina: Esta complicación puede ocurrir debido a la presión

constante en el fondo de la matriz, como en la maniobra de Credé, y también puede presentarse en el interior de la cavidad del útero (27).

TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO

La extracción manual de la placenta es considerada como una intervención de emergencia que realiza un profesional capacitado para el manejo de una hemorragia intraparto causada por la retención placentaria y prevenir la mortalidad de la madre. Se indica cuando la placenta permanece retenida durante más de 30' tras ocurrir el nacimiento o más de 15' después del manejo activo del alumbramiento. Está contraindicada en casos de acretismo placentario o cuando el personal no está capacitado en dicho procedimiento. (28).

Para llevar a cabo el procedimiento se requiere de consentimiento informado, historia clínica, paquete de pruebas de laboratorio para analizar la sangre (Hto, hemograma, grupo sanguíneo y factor Rh), contar con una vía permeable usando un catéter intravenoso N° 18. Se deben colocar dos vías intravenosas con cloruro de sodio al 9‰, agregando 10 UI de oxitocina a una de ellas. También se administra antibióticos a manera de profilaxis, consistente en dos gramos de ampicilina en una dosis intravenosa, con aplicación estrictas de las medidas de bioseguridad. Es necesario evacuar la vejiga, preferentemente mediante micción o de ser necesario, mediante una sonda vesical. A continuación, se masajea suavemente el útero para estimular una contracción y se realiza un tacto vaginal para localizar la placenta (29).

Antes de proceder a la extracción manual, se debe intentar retirar la placenta utilizando la maniobra de Brandt-Andrews, evitando tirones bruscos. Si esta maniobra no es exitosa, se pasará a la extracción manual (30). Primero se administra sedación con diazepam 10 mg intravenoso, midazolam 2.5 mg, atropina 0.5 mg intravenoso, petidina 50 mg intravenoso lento o ketorolaco 1 ampolla intramuscular. Luego, se colocan guantes estériles que cubran hasta el codo, se aplica solución antiséptica en la región vulvo-perineal según la técnica, y finalmente, los campos estériles. Una mano se coloca en la vagina para verificar la posición de la placenta, mientras que con la mano izquierda se tracciona el cordón umbilical y con la mano derecha se introduce en la cavidad uterina siguiendo el cordón (29).

Si el cuello uterino está cerrado de manera parcial, se debe utilizar la mano derecha como cuña para su dilatación, aplicando contrapresión con la otra mano. Los dedos de la mano se introducen entre el borde placentario y la pared uterina, colocando la palma de la mano en frente de la placenta, para luego realizar un movimiento de corte a ambos lados con el propósito de separar suavemente la placenta de la matriz. Una vez que se haya separado totalmente la placenta y se sienta en la palma de la mano, se debe estimular la contracción con la otra mano para luego proceder a la extracción, con movimientos delicados. Las membranas deben ser retiradas lenta y cuidadosamente, para luego proceder a realizar un masaje uterino mixto, tanto interno como externo, complementado con la

administración de 20 UI de oxitocina al cloruro de sodio, pasándolo a 60 gotas por minuto (29).

Al extraer se debe realizar un examen minucioso de la placenta, verificando si no está completa, para trasladar a la paciente a que se le haga un legrado uterino. Es importante la anotación de todo lo ocurrido en el proceso, e incluir la pérdida de sangre aproximada, así como un monitoreo del mismo. Por otra parte, se debe administrar tratamiento antibiótico, y en caso persista la retención placentaria, descartar que no se trata de un caso de acretismo placentario y proceder al tratamiento mediante cirugía laparoscópica, para una histerectomía, sea parcial o total. Como indicaciones para proceder al alta se considera el encontrar a la puérpera en buen estado, capaz de deambular sin dificultad (29).

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar la forma en que se hace el manejo clínico y terapéutico de la retención placentaria en una gestante atendida en el Hospital San Bartolomé, Lima 2024.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar los principales factores de riesgo para que la gestante desarrolle retención placentaria.
- Reconocer las principales complicaciones maternas que pueden generarse por una retención placentaria.
- Identificar el manejo terapéutico que se emplea en la gestante que presenta retención placentaria.
- Describir la evolución de la gestante con retención placentaria desde que ingresa al establecimiento hasta que se le da el alta.

2.2 SUCESOS RELEVANTES

Datos generales

Paciente : CSK
Edad : 24 años
Paridad : G2 P0010
FUR : No precisa
FPP : No precisa
Grado de instrucción : Secundaria completa
Procedencia : San Martín de Porres
Situación civil : Conviviente

Motivo de consulta

Paciente acude por emergencia refiriendo contracciones uterinas frecuentes, percibe movimientos fetales, niega sangrado vaginal y pérdida de líquido amniótico.

Antecedentes personales patológicos

Niega convulsiones, no enfermedades hepáticas, no alergia, varices, no intervenciones quirúrgicas, transfusiones ni hospitalizaciones.

Ginecoobstétricos

- Número de controles prenatales: 03 (17-28 ss.) C.S Caquetá
04 (31-37ss) Hospital San Bartolomé
- PA máxima: 110/60 mmHg.
- PA mínima: 90/60 mmHg.
- IMC: 22.5
- Ganancia ponderal de peso: 16 kg.
- Peso inicial: 50 kg. Peso actual: 66 kg.

- Menarquia: 14 años
- Régimen catamenial: 4 d /28 \pm 10 días
- Último MAC: Ninguno
- IRS: 18 años
- Número de parejas sexuales: 02
- FRS: No
- URS: No relaciones sexuales
- Tiempo de relación con la pareja: 06 años
- PAP: No tiene
- VAT: 02 dosis
- Interrecurrencias en el actual embarazo: Anemia en el sexto mes de embarazo.

Obstétricos

N°	Año	CPN	EG	Tipo de parto	Sexo	Peso	Apgar	Complicaciones	Institución
1	2022	No	4 ss	Aborto espontáneo				Tratamiento médico	
2	Actual	No planificado							

Ecografías:

24/04/2024.....34 ss.38 6/7 ss . (a la fecha) PF: 2238 grs.

Observación:

Doppler patológico: Índice promedio de arteria uterina: 1.46

(Valor normal : P menor a 99)

10/04/2024.....31 1/7 ss.38 ss . (a la fecha)

27/03/2024.....30 1/7 ss.39 ss . (a la fecha)

03/11/2023.....9 3/7 ss.39 ss . (a la fecha)

DESARROLLO DEL CASO CLINICO

28-05-2024

Servicio de emergencia

03:22 hrs.

Control de funciones vitales (CFV):

Presión arterial (PA): 120/80 mmHg. Pulso (P): 78X' Respiración(R): 18x'

Temperatura (T°) : 36.4° Saturación de Oxígeno (SO): 99%

Albúmina (No orina)

Peso: 68kg. Talla: 1.41 mts.

Paciente acude por emergencia refiriendo contracciones uterinas frecuentes, percibe movimientos fetales, niega sangrado vaginal y pérdida de líquido amniótico.

Examen de Gineco-Obstetricia

Altura uterina (AU) : 32 cm. Movimientos fetales (MF): ++ Frecuencia cardiaca fetal (FCF) : 136 X' Situación/Posición/Presentación (SPP): LCD

Dinámica uterina (DU): 3/10 ++30'' Valsalva (-)

Tono uterino: Normal

Ponderado fetal: Se realiza barrido ecográfico: 3300 grs.

Tacto vaginal:

Incorporación (I): 100% Dilatación (D): 8 cm. Membranas(M): Integras (abomban) Altura de presentación (AP): C-3

Variedad de presentación (VP): Occipito iliaca izquierda anterior (OIIA)

Diagnóstico:

1. Gestante de 39 ss. x ecografía precoz

2. Trabajo de parto fase activa (TPFA)

3. Anemia leve (Hb: 10.7 gr/dL)

Plan:

1. Pasa a centro obstétrico

2. Monitoreo materno fetal (MMF) + Control obstétrico estricto (COE)

3. Evolución espontánea

4. Partograma (PG) + Curva de alerta (CA)

5. Reevaluación en 02 horas

6. Vigilar signos de alarma

Observación: Cuenta con prequirúrgicos.

Resultado de exámenes (03/04/2024)

HIV : No reactivo

Antígeno australiano : Negativo

RPR : Negativo

Hemograma

Leucocitos : 8300 mm³

Abastionados : 0%

Segmentados : 57%

Eosinófilos : 02%

Hemoglobina : 10.7 gr./dL.

Hematocrito : 31.7%

Plaquetas : 363 000

Tiempo de coagulación: 6 minutos

Tiempo de sangría : 2 minutos

Grupo y factor : 0 Rh +

Examen de orina : Negativo

Urocultivo : Negativo

Glucosa : 68 mg/dL

Centro Obstétrico

03:35 hrs.

Ingresa gestante a centro obstétrico

CFV:

PA: 100/60 mmHg P : 81 X' R: 18 x' T° : 37.° SO : 98%

FCF: 136 x' DU: 5/10 ++ 35" MF: ++

Se cumple con indicaciones de emergencia obstétrica.

03:50 hrs.

Paciente refiere sensación de pujo, es evaluada por equipo de guardia.

DU: 5/10 ++ 40" FCF: 145 X'

Tacto vaginal:

I: 100% D: 10 cm. M: Rotas (líquido amniótico claro) AP: C+2

VP: OP

Diagnóstico:

1. Gestante de 39 ss x ecografía precoz

2. Trabajo de parto periodo expulsivo

3. Anemia leve

Plan:

1. Pasa a expulsivo

2. MMF +COE

3. Cerrar PG +CA

4. Vigilar signos de alarma

03:55 hrs.

Paciente pasa a expulsivo

04:06 hrs.

Parto eutócico, recién nacido mujer, peso: 2665 grs., Apgar 9'9', talla: 47.5 cm., PC: 33 cm., Capurro: 41 ss., líquido amniótico claro, adecuado, sin mal olor. Contacto piel a piel inmediato

Observación: Recién nacido PEG.

04:07 hrs.

Se administra 10 UI oxitocina para alumbramiento dirigido.

04:31 hrs.

Se evidencia placenta retenida, por lo que médico asistente de guardia procede a extracción manual de placenta, procedimiento se realiza de manera incompleta, ya que se evidencia membranas incompletas.

04:35 hrs.

Se procede a revisión instrumentada donde se extrae aproximadamente 200 cc. de membranas. Se administra tramadol 50 mg. subcutánea.; para prevenir el dolor durante el procedimiento.

Se agrega 30 UI oxitocina a frasco de NaCl 9/1000 a 30 gts. X'.

Se orienta a puérpera para masaje uterino.

4:45 hrs.

Durante la revisión instrumentada se observa desgarro cervical a horas 5 de 2.5 cm. Aproximadamente; la cual es suturada con catgut crómico 2/0; asimismo se sutura desgarro de pared vaginal a horas 4 de 1 cm. Aproximadamente, previa infiltración de lidocaína al 2%.

Se sutura también desgarro perineal de I° previa infiltración de lidocaína al 2%.

Sangrado vaginal total: 400 cc. aprox.

4:50 hrs.

Se administra clindamicina 900 mg. EV por indicación médica.

5:25 hrs.

CFV:

PA: 120/85 mmHg P : 80 X' R: 18 x' T° : 36.8° SO : 98%

Paciente pasa a puerperio inmediato, útero contraído a nivel de cicatriz umbilical, loquios hemáticos, escasos, sin mal olor, con tapón vaginal de 2 gasas en cavidad vaginal. Pasa con vía permeable de NaCl 9/1000 + 30 UI oxitocina pp 300 cc.

9:00 hrs.

CFV:

PA: 100/60 mmHg P : 82 X' R: 18 x' T° : 37° SO : 98%

Se encuentra puérpera en su unidad en alojamiento conjunto con vía salinizada.

Al examen: LOTEPE, ABEG, mamas blandas, poco secretantes, útero contraído debajo de cicatriz umbilical, loquios hemáticos, escasos, sin mal olor, niega molestias.

Queda en observación y control.

16: 00 hrs.

CFV:

PA: 110/60 mmHg P: 80 X' R: 18 x' T° : 37° SO : 98%

Puérpera inmediata pasa a piso después de varias horas, ya que en piso no había disponibilidad de camas. Se encuentra con funciones vitales estables, útero contraído debajo de cicatriz umbilical, loquios hemáticos, escasos, sin mal olor, niega molestias.

Queda en observación y control.

Diagnóstico:

1. Puérpera inmediata de parto vaginal
2. Anemia leve
3. Retención placentaria resuelta

Plan:

1. Pasar a piso
2. DC +LAV
3. Vía salinizada
4. Sulfato ferroso 300 mg., 01 tab. Cada 12 hrs. por 30 días
5. Paracetamol 500 mg., 02 tab. VO condicional a dolor
6. Deambulaci3n
7. Automasaje uterino
8. HVP 3 veces/día

9. Lactancia materna exclusiva
10. Ss hemoglobina a las 6 hrs. postparto
11. Orientación y consejería en PPF
12. Vigilar signos de alarma

29/05/2024

8:00 hrs.

Hemoglobina pre: 10.7 gr/dL Hemoglobina post: 10.7 gr/dL.

CFV: PA: 110/70 mmHg P : 82 X' R: 18 x' T° : 36° SO : 98%

Se encuentra puérpera mediata en AREG, AREN, útero contraído 1 cm. debajo de la cicatriz umbilical, sutura de episiorrafia afrontada, loquios hemáticos, escasos, sin mal olor con lactancia materna exclusiva.

Diagnóstico:

1. Puérpera mediata de parto vaginal
2. Anemia leve
3. Retención placentaria resuelta

Plan:

1. Alta con indicaciones
2. DC +LAV
3. Sulfato ferroso 300 mg., 01 tab. Cada 12 hrs. por 30 días
4. Paracetamol 500 mg., 02 tab. VO condicional a dolor
5. Automasaje uterino
6. HVP 3 veces/día
7. Lactancia materna exclusiva

8. Administración de método de PPF
9. Cita por consultorio de ginecología en 07 días.

2.3 DISCUSIÓN

- La retención placentaria es una complicación obstétrica significativa que puede llevar a hemorragia postparto, infecciones e incluso a la muerte de la madre; por lo que es muy importante la experticia del profesional de la salud en el alumbramiento, y en caso de retención placentaria desarrollar la técnica adecuada de extracción manual de placenta para resultados sin complicaciones; lo cual sucedió en nuestro caso presentado, lo cual coincidimos con Wei et. quien muestra que la experticia de la extracción manual tiene una significancia alta con un OR de 4,722 para evitar complicaciones como la hemorragia postparto, que en nuestro caso clínico no presentó dicha complicación, pues se actuó de manera inmediata e interdisciplinariamente.
- Una de las complicaciones más frecuentes de la retención placentaria es la hemorragia postparto, tal como lo señala Wei et. quién encontró en su investigación la incidencia de HPP fue del 62,98%; lo cual en nuestro caso clínico no presentó tal complicación, pues la extracción manual con la maniobra fue rápida y adecuada; asimismo se hizo después del procedimiento revisión instrumentada con administración de uterotónicos y analgésicos como lo menciona Canchari en la presentación de su caso clínico para extracción placentaria.
- El manejo de una extracción manual de placenta está indicado cuando se tiene una retención de la placenta por más de 30 minutos luego de producido el nacimiento o cuando la retención de la placenta por más de 15 minutos luego de producido el nacimiento en el manejo activo del alumbramiento; que para nuestro

caso clínico transcurrió 29 minutos después de alumbramiento dirigido, por ello se da el aviso de retención de placenta y se procede a la extracción manual, y luego a una revisión instrumentada encontrándose además un desgarro cervical, pero sin complicaciones adicionales; lo que no sucedió en los casos presentados por James C. y Maharjan M et en la cual transcurrieron 45 minutos y 30 minutos respectivamente después de alumbramiento dirigido, se procede a extracción manual de placenta insatisfactoria y pasaron a sala de operaciones terminándose en una histerectomía abdominal subtotal por un acretismo placentario.

- Dentro del manejo de una retención placentaria y proceder a una maniobra de extracción manual de placenta es importante tener sala de operaciones disponible como lo contaba en nuestro caso clínico pues se encontraba en nivel III de atención; lo cual no sucedió con el caso presentado por Canchari M. y caso similar Valdez R. en la cual después de 20 minutos del alumbramiento dirigido no se desprende placenta, se procede a extracción manual de manera insatisfactoria, deciden referir a un establecimiento de mayor complejidad, es referida ya con shock hipovolémico ingresando a sala de operaciones con evolución favorable; por ello es de suma importancia conocer este tipo de maniobra y contar con sala de operaciones disponible y cercana para este tipo de complicación por retención placentaria.

2.4 CONCLUSIONES

- El manejo de la retención placentaria en este caso se realizó de manera adecuada, con la extracción manual de la placenta tras 29 minutos del alumbramiento. Esto resalta la importancia de un diagnóstico oportuno y la intervención adecuada para prevenir complicaciones graves, como la hemorragia postparto; siendo la revisión instrumentada posterior la que permitió identificar y tratar un desgarró cervical, lo que demuestra la necesidad de un enfoque integral en el manejo obstétrico.
- Para este caso clínico el único factor de riesgo identificado fue el aborto previo, lo que sugiere que no siempre se presentan múltiples factores de riesgo en casos de retención placentaria. Esto subraya la importancia de una evaluación exhaustiva de la historia clínica de la paciente para identificar posibles riesgos y planificar un manejo adecuado.
- La retención placentaria es una de las principales causas de hemorragia postparto, y su identificación oportuna es crucial para evitar complicaciones severas, incluyendo el shock hipovolémico. En este caso, aunque no se presentaron complicaciones graves, se implementaron medidas preventivas como la administración de uterotónicos, lo que resalta la importancia de la preparación y el monitoreo constante durante el manejo del parto.
- La evolución fue favorable en la paciente, ya que recibió el alta dos días después del parto, indica que el manejo clínico fue efectivo y que se lograron prevenir complicaciones postparto. Esto enfatiza la relevancia de un seguimiento adecuado y la atención postparto para asegurar la salud materna

y neonatal.

- Este caso clínico contribuye al conocimiento sobre la retención placentaria y su manejo, lo que puede ser útil para la formación de profesionales de la salud. La investigación de casos específicos permite identificar patrones y particularidades que pueden mejorar el diagnóstico precoz y la efectividad del tratamiento individualizado, promoviendo así una atención obstétrica más segura y efectiva.

2.5 RECOMENDACIONES

- Implementar protocolos estandarizados para el manejo de la retención placentaria, que incluyan la identificación temprana de la condición y la realización de la extracción manual de placenta en un tiempo adecuado.
- Implementar la capacitación continua del personal de salud en técnicas de extracción manual y en el manejo de complicaciones asociadas es esencial para mejorar los resultados maternos y neonatales.
- Realizar una evaluación exhaustiva de la historia clínica de las gestantes, prestando especial atención a los antecedentes obstétricos, como abortos previos, que pueden aumentar el riesgo de retención placentaria. La implementación de herramientas de evaluación de riesgos en el momento del ingreso al servicio de maternidad puede ayudar a identificar a las pacientes que requieren un seguimiento más cercano.
- Establecer un protocolo de monitoreo postparto que incluya la vigilancia de signos de hemorragia y otras complicaciones asociadas a la retención placentaria. La administración de uterotónicos debe ser considerada de manera sistemática en los casos de riesgo, y se debe capacitar al personal en la identificación y manejo de la hemorragia postparto.
- Se recomienda implementar un sistema de seguimiento postparto que garantice la atención continua de las pacientes que han experimentado retención placentaria. Esto incluye la programación de citas de control y la educación sobre los signos de alarma que deben ser reportados inmediatamente.

- Fomentar la investigación sobre la retención placentaria y sus complicaciones en el contexto local, para generar evidencia que respalde las prácticas clínicas. Además, se debe promover la formación continua del personal de salud en temas relacionados con la salud materna, incluyendo la retención placentaria, para mejorar la calidad de la atención obstétrica.
- Establecer un enfoque interdisciplinario en el manejo de la retención placentaria, involucrando a obstetras, enfermeras, y otros profesionales de la salud para asegurar una atención integral y coordinada que minimice riesgos y mejore los resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rivera S, Chacón C, González A. Hemorragia posparto primaria: diagnóstico y manejo oportuno. *Rev Medica Sinerg.* 2020;5(6): e512. Disponible en: <https://doi.org/10.31434/rms.v5i6.512>
2. Martínez E, Martínez P, Manrique J, Macarro D, Miguélez L. Manejo de la retención placentaria basado en la evidencia científica actual. *Metas Enferm.* 2013; 16(6):2. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4455634>
3. Dubón Peniche M del C, Romero Vilchis ME. Retención de restos placentarios: Importancia del expediente clínico en la valoración de la atención médica. Caso de la CONAMED. *Rev Fac Med México.* octubre de 2011;54(5):50-7. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422011000500009
4. Loayza EB, Palacios LS, Reyes EY. Principales complicaciones obstétricas en un hospital de segundo nivel, provincia de El Oro – Ecuador: Una mirada desde el proceso de Atención de Enfermería. *Polo Conoc.* 2022;7(8):1406-23. Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/4464>
5. Instituto Nacional Materno Perinatal. Anuario Estadístico 2022 [Internet]. Lima: Oficina de Estadística e Informática del INMP; 2022. Disponible en: https://www.inmp.gob.pe/uploads/BOLETIN_ESTADISTICO_INMP_2022.pdf
6. Dirección Regional de Salud Piura. Sala de Situación de Salud de Piura. Semana epidemiológica N° 52 - 2023. [Internet]. Piura: Oficina de Epidemiología; 2023. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5651616/5007979-semana-epidemiologica-n-052-2023.pdf>
7. García AE. Edad materna avanzada como factor de riesgo para retención placentaria en gestantes del Hospital Belén de Trujillo. *Univ Priv Antenor Orrego* [Internet]. 2018 [citado 27 de junio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/4267>
8. Sichitiu J, Baud D, Desseauve D. Carbetocin for the prevention of post-partum hemorrhage after vaginal birth: a real-world application. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2024; 35(25): 8114-7. Disponible en:

<https://doi.org/10.1080/14767058.2021.1962841>

9. Maharjan M, Shrestha P, Ghimire S. A rare case of morbidly adherent placenta in a young Primigravida with RH negative pregnancy managed with peripartum subtotal hysterectomy. *Int J Surg Case Rep.* 6 de diciembre de 2023; 114: 109121. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10755056/>
10. Pujiyani H, Putri NPV, Pujiati E. Risk Factors Analysis of Retained Placenta at Regional Public Hospital of Muntilan. *J Kesehat Komunitas Indones.* 2023;3(1):49-58. Disponible en: <https://doi.org/10.58545/jkki.v3i1.108>
11. Wei X, Wei J, Wang S. Risk factors for postpartum hemorrhage in patients with retained placenta: building a predict model. *J Perinat Med.* 2022;50(5):601-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1515/jpm-2021-0632>
12. Cruz Zavaleta AM. Retención placentaria como causa de shock hipovolémico en Ipress Nivel II-1 [Internet] [Tesis de especialidad]. [Moquegua]: Universidad José Carlos Mariátegui; 2024 [citado 5 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/20.500.12819/2594>
13. Canchari MC. Hemorragia postparto por retención placentaria en el I nivel de atención. Lima - 2019. Univ José Carlos Mariátegui [Internet]. 2023 [citado 25 de junio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/20.500.12819/1931>
14. Valdez RL. Hemorragia post parto por retención placentaria en Centro de Salud Huancaray, Apurímac 2021. 2023 [citado 1 de julio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/20.500.12510/4022>
15. Torres I. Atonía uterina y retención placentaria. SlideShare. 2014 [citado 27 de junio de 2024]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/slideshow/gineco-obst/39754002>
16. Vera EM, Montenegro I, Cruzate V, Marcelo H, Arce M, Pelaez M, et al. Gestación en tiempos de pandemia COVID-19. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Lima, Perú. *Rev Peru Ginecol Obstet* [Internet]. julio de 2020 [citado 1 de julio de 2024];66(3). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2304-51322020000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

17. Endler M, Grünewald C, Saltvedt S. Epidemiology of Retained Placenta: Oxytocin as an Independent Risk Factor. *Obstet Gynecol.* 2012;119(4):801. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/aog.0b013e31824acb3b>
18. Coviello EM, Grantz KL, Huang CC, Kelly TE, Landy HJ. Risk factors for retained placenta. *Am J Obstet Gynecol.* 2015; 213(6): 864.e1-864.e11. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.07.039>
19. Owolabi AT, Dare FO, Fasubaa OB, Ogunlola IO, Kuti O, Bisiriyu LA. Risk factors for retained placenta in southwestern Nigeria. *Singapore Med J.* 2008; 49(7): 532-7. Disponible en: <http://www.smj.org.sg/sites/default/files/4907/4907a2.pdf>
20. Su S, Mu X, Xue M, Zhang W, Liu P, Pu L, et al. Association between first-trimester ultrasound imaging of eccentric implantation and retained placenta. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2024; 37(1): 2299112. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/14767058.2023.2299112>
21. D Boada, H Castillo, M Lopez, N Masoller, M Munmany, E Meler. Protocolo: retención de restos ovulares y placentarios [Internet]. 2023. Disponible en: https://fetalmedicinebarcelona.org/wp-content/uploads/2024/02/RPOC_Retencion_restos_ovulares_y_placentarios.pdf
22. Véliz O F, Núñez S A, Selman A. A, Véliz O F, Núñez S A, Selman A. A. Acretismo placentario: Un diagnóstico emergente. Abordaje quirúrgico no conservador. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2018; 83(5):513-26. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000500513>
23. Greenbaum S, Wainstock T, Dukler D, Leron E, Erez O. Underlying mechanisms of retained placenta: Evidence from a population based cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017; 216:12-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.06.035>
24. Karlsson H, Pérez Sanz C. Hemorragia postparto. *An Sist Sanit Navar.* 2009;32: 159-67. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32s1/obstetricia6.pdf>
25. Dubón M del C, Romero ME. Retención de restos placentarios: Importancia del expediente clínico en la valoración de la atención médica. Caso de la CONAMED. *Rev Fac Med México.* 2011; 54(5): 50-7. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-

17422011000500009

26. Salmanov AG, Shchedrov AO, Prishchepa AP, Artyomenko V, Korniyenko SM, Rud VO, et al. Postpartum infections and antimicrobial resistance of responsible pathogens in Ukraine: results a multicenter study (2020-2022). *Wiadomosci Lek Wars Pol* 1960. 2024;77(3):375-82. Disponible en: <https://doi.org/10.36740/wlek202403101>
27. Montenegro Chavez L, Moyota Contreras L. Prevalencia de retenciones placentarias y su relacion con la morbimortalidad en mujeres de 35 a 45 años de edad que fueron atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda-2017 [Internet] [Tesis]. Babahoyo, Universidad Técnica de Babahoyo 2018; 2018 [citado 1 de julio de 2024]. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/4535>
28. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 [citado 1 de julio de 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/141472>
29. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive [Internet]. Sinco editores; 2007 [citado 25 de junio de 2024]. Disponible en: https://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf
30. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald SJ. Active versus expectant management in the third stage of labour. En: The Cochrane Collaboration, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2000 [citado 2 de julio de 2024]. p. CD000007. Disponible en: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000007>