



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

ESCUELA DE POSGRADO

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

HEMORRAGIA POST PARTO POR RETENCIÓN PLACENTARIA

EN UN HOSPITAL NIVEL III. LIMA - 2018

PRESENTADO POR:

LUCIA GUIMARREA PECHE DE BARRAZA

ASESORA:

DRA GIOVANINI MARÍA MARTINEZ ASMAD

PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN

OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS

OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS

MATERNOS

MOQUEGUA - PERÚ

2018

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
ÍNDICE DE CONTENIDO	II
RESUMEN	III
CAPÍTULO I PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.2. JUSTIFICACIÓN	2
1.3. MARCO TEÓRICO	3
1.4. BASES TEÓRICAS	11
CAPÍTULO II CASO CLÍNICO	21
2.1. OBJETIVOS	21
2.2. SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO	21
2.3. DISCUSIÓN	44
2.4. CONCLUSIONES	46
2.5. RECOMENDACIONES	46
BIBLIOGRAFÍA	48

RESUMEN

La mortalidad es causada por la hemorragia post parto siendo un problema de salud pública, es una causa principal como la retención placentaria. El presente trabajo es descriptivo, retrospectivo. La fuente fue la historia clínica de la paciente que presentó el diagnóstico de hemorragia post parto. Este caso se presentó en un establecimiento de salud nivel III de la Ciudad de Lima, en un establecimiento que pertenece al ministerio de salud (MINSA).

El caso fue el siguiente, una gestante ingresó al hospital por estar en trabajo de parto y con contracciones uterinas, la paciente tenía 38 años, quinto embarazo y con antecedente de legrado uterino hace 2 años. Después de una evaluación médica se le diagnosticó como multigesta de 41 semanas por ecografía, trabajo de parto fase activa. La paciente fue hospitalizada y derivada al servicio de centro obstétrico para ser monitorizada, se le practicó alumbramiento dirigido con oxitócica 10 UI intramuscular.

Una vez que el feto fue expulsado, se esperó 15 minutos y la placenta no fue expulsada, se procedió a comunicar al médico de guardia, quien después de evaluar clínicamente, diagnosticó retención placentaria e indicó preparación de la paciente para que se le realice legrado uterino. Después de 30 minutos de realizar el procedimiento, la paciente presentó hipotensión y taquicardia. Pasó a sala de operaciones diagnosticada con shock hipovolémico, se le realizó un legrado uterino por segunda vez, al no ceder el sangrado realizaron una laparotomía exploratoria, se encontró acretismo placentario y se realizó histerectomía total.

Puérpera estuvo hospitalizada en la UCI materna, según exámenes de laboratorio se corrobora que presentaba anemia por lo cual recibió paquetes globulares, plaquetas y antibiótico. La paciente sale del hospital hemodinámicamente estable, junto a su recién nacido.

Se llegó a las siguientes conclusiones, el manejo de la hemorragia post parto se realizó de acuerdo con el protocolo institucional. Los factores de riesgo encontrados fueron: edad > de 35 años, multiparidad, periodo intergenésico menor de dos años, antecedente de legrado uterino, acretismo placentario y control prenatal insuficiente. Las complicaciones identificadas en el caso clínico fueron: hemorragia postparto, shock hipovolémico, histerectomía total, anemia aguda severa.

Palabras claves: hemorragia postparto; retención de la placenta; placenta acreta

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Actualmente, la hemorragia post parto es considerada a nivel nacional como una de las tres causas de muerte materna. Se observa que la mortalidad materna puede ocurrir dentro de las primeras dos horas después del expulsivo, y se le considera como el 75% de todas las complicaciones severas del puerperio. ⁽¹⁾

Diversos autores definen la hemorragia posparto como la pérdida sanguínea de aproximadamente 500 ml a más, en partos por vía vaginal y por cesárea a pérdidas sanguíneas mayores de 1000 ml. La hemorragia post parto estadísticamente tiene una frecuencia de 4 % en partos vaginales y 6 % en las cesáreas, durante el puerperio inmediato generalmente se produce la hemorragia obstétrica. ^(2,3)

Se observa que el 2 % de las puérperas pueden presentar hemorragia, relacionándose por ello a ser una de las causas principales de muerte materna, en

algunas ocasiones creando una imposibilidad a largo plazo, terminando en shock hipovolémico. ⁽²⁾

Para la institución es importante realizar esta investigación retrospectiva para tratar de disminuir las complicaciones post parto. De esta manera se reducirá una de las mayores causas de mortalidad materna.

1.2. JUSTIFICACIÓN

El acretismo placentario es una de las principales causas de hemorragia obstétrica, principalmente en el postparto inmediato. La incidencia de esta patología ha incrementado a través de los años en relación al aumento de la tasa de cesáreas, ya que estas últimas son el principal factor de riesgo para desarrollar dicha patología. Actualmente es posible realizar un diagnóstico prenatal empleando la ultrasonografía y la resonancia magnética en pacientes que presentan factores de riesgos establecidos. ⁽⁴⁾

La revisión retrospectiva de este caso clínico ayudará a determinar cómo manejar pacientes con factores de riesgo para esta patología y así prevenir futuras complicaciones como el shock hipovolémico o una muerte materna. ⁽⁴⁾

Abordar los factores de riesgo en una gestante, permite mejorar la salud individual y social de una mujer en edad reproductiva, buscando optimizar la aptitud de vida de la comunidad, con pocas oportunidades a poder acceder a los servicios de salud, el manejo es muy diferente en los niveles de servicios de salud, desde un establecimiento de primer nivel hasta uno del tercer nivel. ⁽⁵⁾

1.3. MARCO TEÓRICO

1.3.1. Antecedentes Internacionales.

Arcia *et al.* (2017), en un estudio descriptivo transversal realizado en Cuba, los resultados obtenidos fueron; la edad habitual fueron mujeres < de 20 años y > de 35 años, la patología más frecuente fue la hipertensión arterial, los trabajos de parto prolongado o precipitado fueron más frecuentes. Llegando a las siguientes conclusiones: que las pacientes adolescentes y añosas, con hipertensión arterial, diabéticas tienen mayor predisposición a las hemorragias, el tiempo del trabajo de parto prolongado intervienen en los pacientes obstétricos. Mientras se diagnostique precozmente, la cantidad de la hemorragia, será menor y la reposición volumétrica será rápida y tendrá una recuperación favorable. ⁽⁶⁾

Castro *et al.* (2016), trabajo de investigación descriptivo, retrospectivo, de corte transversal con una población 138 mujeres con hemorragia atendidas en el Hospital Escuela Carlos Amador Molina en Nicaragua. Tuvo como objetivo describir los factores más importantes para la morbimortalidad provocada por esta complicación. Los resultados fueron; ser primigesta, gran múltipara, tener anemia y preeclampsia son factores de riesgo antes del parto, durante el parto los factores fueron los partos precipitado, parto domiciliar, y el trabajo de parto prolongado; en el postparto, la hipotonía uterina, desgarros obstétricos, retención placentaria y restos placentarios. ⁽⁷⁾

Campos *et al.* (2014), En un estudio realizado en Costa Rica, hacen referencia que el sangrado excesivo después del parto es considerado mundialmente el origen de fallecimiento materno; la solución frente a esta complicación consiste en realizar el manejo y uso adecuado de los cristaloides, frente a un sangrado excesivo se debe de hacer administrar inmediatamente paquetes globulares como plasma fresco congelado, Plaquetas, Glóbulos rojos empaquetados, tener mucho cuidado de administrar. ⁽⁸⁾

Mendoza (2013), Trabajo descriptivo, retrospectivo realizado en el hospital del I.M. I de México cuya muestra fue de 100 mujeres los resultados fueron, el 53%

tuvo entre 20 a 29 años, el 16% fue multípara, el 9% antecedente de cesárea anterior, el 8% tuvo preeclampsia y el 4% ruptura prematura de membrana. ⁽⁹⁾

Posada (2011), Investigación prospectivo, observacional y clínico, fue en el Hospital Materno de México, se tuvo como muestra 112 pacientes. Los resultados obtenidos fueron; nacieron por cesárea el 60%. La hemoglobina se redujo en 17% posterior al parto 7 pacientes. Se les realizo transfusión de hemoderivados (17.5%). El autor llega a la conclusión que la carbetocina combina la seguridad de la oxitócica los preparados de ergonovina. ⁽¹⁰⁾

Levin *et al.* (2018), en la investigación retrospectivo de caso control, que estuvo conformado por seis casos de pacts. Tratadas con histerectomía total y 30 controles tratadas con histerectomía supra cervical, los resultados fueron los siguientes; la morbilidad compuesta por hemoderivados fue mayor entre los pacientes con histerectomía total ($p = 0,02$). La utilización de plasma fresco congelado fue mayor entre los pacientes con histerectomía total ($p = 0.01$). El tiempo quirúrgico promedio (142 ± 48 versus 136 ± 58 minutos) y el tiempo de hospitalización (8.9 ± 3.1 versus 7.3 ± 1.5 días) fueron comparables entre los sometidos a histerectomía supra cervical versus histerectomía total ($p > 0.05$). No se encontró ningún caso de muerte materna o neonatal. ⁽¹¹⁾

Maymon et al. (2018), fue una investigación retrospectivo de cohorte, con una muestra de 148 pacientes, cuyos resultados fueron; 49 (33%) de ellos se sometieron a una histerectomía por cesárea. Para aquellos que se sometieron a una histerectomía por cesárea, se encontró que el tiempo de la cirugía fue más corto, 68 minutos en comparación con 113 minutos ($P = 0,000$), hubo una menor pérdida de sangre, 965 ml versus 1658 ml ($P = 0,006$), y hospitalización más corta, 8 días en comparación con 15 ($P = 0,004$), en el Grupo B versus A, respectivamente. Además, solo un paciente del Grupo B desarrolló fiebre después de la cirugía (2,7%) en comparación con 22 pacientes (20,2%) en el Grupo B versus A, respectivamente ($P = 0,009$). El primer y quinto minuto de las puntuaciones de Apgar fueron mayores, 9,8 y 10,9 en el Grupo B en comparación con el Grupo A, respectivamente ($P = 0,027$, $P = 0,000$). Los autores concluyeron que para las mujeres parturientas que han completado su planificación familiar, la histerectomía por cesárea sin desprenderse de la placenta acumulada es la opción de tratamiento más segura. ⁽¹²⁾

Duzyj *et al.* (2018), fue investigación retrospectivo de cohorte, con una muestra de 146 mujeres, los resultados fueron; a medida que disminuía la profundidad de la invasión, los factores de riesgo de sobre invasión placentaria eran menos comunes, especialmente la placenta previa y la cesárea previa. También se redujo

la anticipación mediante el examen ecográfico de la placenta. Las tasas de resultados adversos fueron más bajas entre las mujeres con acumulación focal en comparación con aquellas con invasión más profunda. Los autores concluyeron que a medida que disminuye la profundidad de la invasión, los factores de riesgo clínico y la evaluación ecográfica son menos confiables en la predicción prenatal de placenta acreta. El potencial de morbilidad no anticipada subraya la necesidad de herramientas de diagnóstico mejoradas para el espectro de placenta acreta. ⁽¹³⁾

Dawood *et al.* (2019), investigación retrospectivo se trabajó con archivos de 91 casos de placenta acreta administrados mediante una técnica de tres pasos. Este estudio se realizó en los hospitales de la Universidad de Tanta, los resultados fueron; la edad media fue de $32,44 \pm 2,72$ años; el tiempo operatorio promedio fue de 81.65 ± 15.68 min. La edad gestacional media en la operación fue de 35.67 ± 1.19 semanas. La técnica logró preservar el útero en 86 casos y fracasó en 5 casos. No se requirió ningún ingreso en la UCI con una estancia media hospitalaria de 3.065 ± 1.04 días. Las morbilidades postoperatorias fueron leves y en forma de fiebre (n = 9) y sepsis de la herida (n = 4), piometra (n = 1) y hemorragia secundaria (n = 1). Los autores concluyeron que el procedimiento de tres pasos es efectivo como una técnica de preservación uterina en el manejo de la placenta

acumulada con una tasa de éxito del 94.5%. Las complicaciones operativas y postoperatorias fueron mínimas y esperadas en tal caso. ⁽¹⁴⁾

Chen *et al.* (2019), es una investigación retrospectivo de cohorte, se clasificó la atención de parto de la siguiente manera; el primer modo de parto durante el embarazo como (1) parto vaginal, (2) parto por cesárea (PC) sin trabajo de parto, y parto por cesárea después del inicio del trabajo de parto (3). Dentro de estos tres grupos, se compararon las tasas de placenta previa, placenta acreta / increta y HPP significativa en el momento del segundo parto. La HPP significativa se definió como una hemorragia que requería una transfusión de sangre. Se analizaron un total de 8208 mujeres. La mayoría de los primeros partos fueron vaginales (n = 5210, 63.5%), seguidos de Cesárea antes del trabajo de parto (n = 2432, 29.6%) y cesárea intraparto o (n = 566, 6.9%). La incidencia de placenta previa fue; vaginal, 0,9%; PC sin trabajo de parto, 2,0%; PC después de entrar en trabajo de parto, 1.6% (p <.001). También se observaron diferencias similares con respecto a la placenta acreta / increta (0.5 versus 1.5 versus 0.9%, p <.001) y PPH (0.6 versus 1.2 versus 0.4%, p = .017). En comparación con el grupo de parto vaginal, el grupo de PC antes del trabajo de parto tuvo un mayor riesgo de placenta previa (aORs 2.02, IC 95% 1.35-3.05), placenta acreta / increta (aOR 2.52; IC 95% 1.53-4.14) y PPH (aOR 1.78, IC 95% 1.14-2.98) en embarazos posteriores. Sin

embargo, el PC antes del trabajo de parto no se asoció significativamente con un mayor riesgo de estas complicaciones. Se concluye que la cesárea antes del trabajo de parto se asoció con un aumento doble de los riesgos de placenta previa, placenta acreta / increta y HPP significativa en el segundo parto en comparación con las mujeres con un parto vaginal anterior. El aumento de los riesgos de una placentación anormal posterior después de una cesárea primaria antes del trabajo de parto puede ser importante para el asesoramiento en relación con una cesárea electiva no indicada médicamente. ⁽¹⁵⁾

1.3.2. Antecedentes Nacionales

Atencia (2017), en una investigación retrospectivo, descriptivo ,explicativa ,corte transversal cuya población fueron las pacientes del Hospital Regional de Puno. Los resultados fueron los siguientes: los factores de riesgo fueron embarazo múltiple, polihidramnios, feto macrosómico, multiparidad, acretismo placentario, retención de membranas placentarias, desgarro cervical, desgarro perineal, parto instrumental, preeclamsia y desprendimiento prematuro de placenta. ⁽¹⁶⁾

Guerreo *et al.* (2014), investigación descriptivo, retrospectivo de casos y controles, realizado en el hospital II-2 Sullana. Los resultados, mujeres mayores de 35 años, multiparidad y la cirugía uterina previa, como factores de riesgo. Se

concluyó la hemorragia de la segunda mitad del embarazo está asociada directamente con la edad, paridad y antecedente de cesáreas. ⁽¹⁷⁾

Gutarra *et al.* (2012), investigación prospectivo realizado en el Hospital Vitarte Lima. Objetivo, cuya muestra fue de 180 mujeres embarazadas. Obteniendo los siguientes resultados: disminución en el tiempo del alumbramiento asistido y expectante, con relación al doble clampaje de cordón. Respecto a la cantidad del sangrado no se presentó ninguna diferencia significativa. Se concluyó que el alumbramiento con clampaje tardío al alumbramiento con doble clampaje de cordón umbilical. ⁽¹⁸⁾

Acho *et al.* (2011), la investigación descriptivo y retrospectivo, se estudió en el Hospital Nacional Cayetano Heredia cuya muestra fue de 161 mujeres. Se obtuvo como resultado la edad promedio de 28 años, 56 casos con DPP, rotura uterina con 12 casos, placenta previa 4 casos, 21 casos no contaron con 6 controles como mínimo. Se presentaron 16 óbitos fetales, que constituyeron 9,9% del total de mujeres con hemorragia de la 2da. Mitad del embarazo, la tasa de letalidad 0,62%. ⁽¹⁹⁾

1.4. BASES TEÓRICAS

1.4.1. HEMORRAGIAS POST PARTO

Definición

Todo sangrado vaginal para ser considerado hemorragia post parto debe ser superior a 500 ml. en un parto eutócico, por lo general no se realiza la medición exacta del sangrado, de la misma manera no se cuenta con los valores de la hemoglobina pre parto y obligan a transfundir paquetes globulares. ⁽²⁰⁾

Cuando se produce un sangrado vaginal mayor a 1500 ml, se define como una Hemorragia post parto grave, también se pueden considerar los valores de hemoglobina una disminución mayor de 4 g/dl, y condicionar a transfundir paquete globular. Una pérdida sanguínea mayor a 50% del volumen corporal para ser considerado hemorragia en un tiempo promedio de 3 horas. El sangrado post parto de tipo primario se produce en las primeras 24 horas, algunas veces termina con el deceso de la paciente. ⁽²¹⁾

Etiología ⁽²⁴⁾

Se consideran en dos grupos como causas primarias y secundarias:

Primarias:

- En caso de acretismo placentario se puede producir la retención placentaria.
- Atonía uterina.
- Traumatismo en el canal de parto.
- Se produce una inversión uterina.
- Alteraciones en la coagulación

Secundarias:

- Sangrado por retención de restos placentarios.
- Cuando hay una sub involución del lecho placentario.
- Endometritis, cuando se producen infecciones.

Factores de riesgo

Los factores que condicionan a una hemorragia post parto se describen a continuación:

Placenta anormal.

□ Inserción anormal, placenta acreta, increta y percreta.

□ Desprendimiento prematuro de placenta (DPP).

□ Placenta previa

(PP). Atonía uterina

Traumatismo durante el trabajo de parto y parto

Defectos de la coagulación

Otros factores

□ Gestantes con obesidad mórbida.

□ Pacientes que tuvieron antecedentes de Hemorragia posparto. (25)

Diagnóstico

Diagnosticar una hemorragia posparto solicitan de una estimación sistemática y observación minuciosa, lo primero que se debe de realizar en una evaluación del abdomen, que consiste en tocar el fondo del útero, se debe de descartar una atonía uterina, después se realiza la inspección estricta del canal de parto, se debe de realizar un descarte de trauma obstétrico o inversión uterina. Al inicio si es difícil

de poder diagnosticar la causa de la hemorragia post parto, se deberá explorar a la paciente bajo administración de anestésicos, por último descartar problemas de coagulopatía. ⁽²⁴⁾

Manejo de la hemorragia post parto, tratamiento según la causa

Retención de placenta ⁽²³⁾

En casos de una retención placentaria se debe de practicar una extracción manual de la placenta de la siguiente manera:

- Hacer firmar el consentimiento informado.
- Comunicar sobre el estado de la paciente a los familiares.
- Contar con una vía segura, utilizar catéter endovenoso N° 18 para estabilización hemodinámica con soluciones o sangre.
- Administración de oxitócicos.
- Contar con la orden de laboratorio para tomar muestra de sangre, control de hemoglobina / hematocrito, contar con pruebas cruzadas frente a la posibilidad de transfundir paquetes globulares.

- Contar con la presencia de un médico anesthesiólogo para administración de la sedación con diazepam 10 mg, pasar endovenoso lento y diluido.
- Respetar las normas de bioseguridad local.
- Administrar Cefazolina 2 gr. endovenoso dosis única, administrar lentamente.

La técnica de extracción manual de placenta

- Usar guantes largos hasta la altura del codo.
- Pinzar el cordón umbilical y traccionar el cordón suavemente.
- Con la otra mano realizar tacto vaginal.
- Evitar la inversión uterina por una mala técnica en la extracción manual de la placenta, para ello se debe sostener el fondo del útero y ejercer una presión.
- Buscar el borde de la placenta con la mano que está dentro del útero.
- Mantener los dedos firmes y unidos, iniciar con el procedimiento de la extracción de la placenta, establecer progresivamente un espacio entre la placenta y la pared uterina.

- Al realizar la tracción y se observa que la placenta no se desprende se debe de pensar en un acretismo placentario, preparar para una laparotomía e histerectomía total o subtotal.
- Una vez extraído la placenta realizar una revisión intrauterina, para confirmar que se ha extraído toda la placenta.
- Administrar CINA al 9%o más 40UI de oxitocina a razón de 30 gotas por minuto.
- Administrar ergometrina 0.2 mg IM. si el sangrado continúa.

Como efecto secundario durante el procedimiento de la extracción manual de la placenta se puede provocar una inversión uterina, terminando en la muerte materna con un shock hemorrágico, debido a que no se ha diagnosticado oportunamente el acretismo placentario. ⁽²³⁾

1.4.2. RETENCIÓN PLACENTARIA

Placenta acreta

La placenta acreta se define como una invasión anormal del trofoblasto ya sea una parte o la totalidad de la placenta en el miometrio de la pared uterina.

La morbilidad y la mortalidad maternas pueden ocurrir debido a una grave y, a veces, potencialmente mortal hemorragia, que a menudo requiere una transfusión de sangre. Las tasas de mortalidad materna aumentan en las mujeres con placenta acreta.

Incidencia

Las tasas de placenta acreta se están incrementando. Un estudio realizado en 2016 en los Estados Unidos era de 1 en 272 (2,7%) para las mujeres que tenían un diagnóstico de alta hospitalaria relacionada con el parto, que es mayor que cualquier otro estudio publicado. La incidencia a nivel nacional es de 1 en 533 (5%) partos y ha aumentado 10 veces en los últimos 20 años según la guía de práctica clínica del INMP

Factores de riesgo

La placenta acreta es más común es una cesárea anterior, con la incidencia de placenta acreta espectro que aumenta por el número de cesárea anteriores. Los factores de riesgo adicionales incluyen edad materna avanzada, multiparidad, cirugías uterinas previas o legrado uterino y síndrome de Asherman.

La placenta previa es otro factor de riesgo significativo. La placenta acreta ocurre en el 3% de las mujeres con diagnóstico de placenta previa y sin cesáreas previas. En el contexto de una placenta previa y una o más cesáreas previas, el riesgo de que el espectro de la placenta acreta se incremente aumenta dramáticamente.

Además, los resultados anormales de los biomarcadores placentarios aumentan el riesgo de placenta acreta. Por ejemplo, la elevación no explicada de la alfafetoproteína materna sérica se asocia con un aumento del riesgo de placenta acreta. Sin embargo, la alfafetoproteína es un mal predictor de placenta acreta ya que no es lo suficientemente preciso como para ser clínicamente útil.

Diagnóstico

El diagnóstico prenatal de placenta acreta es altamente deseable. La principal modalidad de diagnóstico prenatal es la ecografía obstétrica. Las características de la acumulación visible por ultrasonografía pueden estar presentes desde el primer trimestre; sin embargo, la mayoría de las mujeres son diagnosticadas en el segundo y tercer trimestres. Las mujeres con placenta acreta, como la placenta previa y cesárea anterior, deben ser evaluadas por obstetras-ginecólogos u otros proveedores de atención médica con experiencia y experiencia en el diagnóstico del espectro de placenta acreta mediante ecografía.

Manejo

Toda paciente con riesgo de presentar acretismo placentario se le debe solicitar una ecografía obstétrica a las 20 semanas de gestación. La decisión para el momento del parto debe ser individualizada, pero se recomienda realizar una cesárea con histerectomía electiva en gestantes asintomáticas no antes de las 36 – 37 semanas. En pacientes sintomáticas se recomienda el parto a las 34 semanas con administración previa de corticoides para maduración pulmonar.

Toda placenta previa con antecedente de cesárea o toda placenta anterior que esta adyacente a una cicatriz de cesárea, debe ser tratada como un acretismo potencial.

Cesárea histerectomía; el tipo de incisión en la piel y el útero se decidirá en razón a la ubicación de la placenta; para evitar tocar durante la histerectomía, muchos prefieren una incisión mediana en piel para facilitar la histerectomía, y la incisión en útero dependerá estrictamente de la ubicación de la placenta. Los cirujanos ante una sospecha de placenta previa con acretismo placentario deben considerar realizar la histerectomía a un nivel distante de la placenta, produciendo el nacimiento sin tocar la placenta, para permitir un manejo conservado o histerectomía si se confirma el acretismo placentario, ya que el nacimiento

transplacentario se asocia a mayor sangrado y posibilidad de histerectomía, por lo que debe ser evitado.

Producido el nacimiento, se debe esperar la separación espontánea de la placenta para confirmar clínicamente el acretismo placentario.

Ante un acretismo, la recomendación es la cesárea histerectomía sin remoción de la placenta, por lo que inmediatamente producido el nacimiento se debe continuar con la histerorrafia, para proceder a la histerectomía.

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1. OBJETIVOS

- Presentar el caso clínico del manejo de hemorragia post parto por retención placentaria en un establecimiento de III nivel de atención. Lima 2017.
- Revisar los factores de riesgo y manejo de hemorragia post parto por retención placentaria, en una paciente que acude al establecimiento de tercer nivel. Lima 2017
- Identificar las complicaciones de la hemorragia post parto por retención placentaria en una paciente que acude al establecimiento de tercer nivel. Lima 2017

2.2. SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO

A) ANAMNESIS

Fecha de ingreso: 21 de setiembre de 2017 Hora: 05:55

a.- Datos de filiación :

- Categoría del Establecimiento: III nivel de atención
- Lugar de nacimiento: Pachacamac.
- Fecha de nacimiento: 15 / 20 /1979.
- Edad: 38 años.
- Domicilio actual: AAHH fortaleza de Manchay III etapa
- Domicilio de procedencia: Pachacamac.
- Estado civil: Conviviente.
- Nivel educativo: Secundaria.
- Ocupación: Ama de casa.

b.- Antecedentes Gineco obstétricos

FUR: 07/12/2016

FPP: 14/09/2017

EG: 41semanas x eco de 1er. trimestre.

F.O : G5 P3013

Periodo intergenésico : 1 año y 10 meses.

RN C /> Peso: 3520gr.

Antecedentes de intervención quirúrgica: legrado uterino 2015.

Reacción alérgica a medicamentos: Niega.

CPN : 02 veces.

Antecedentes Familiares: Niega

Gestación actual: durante el embarazo no se hospitalizo.

MOTIVO DE CONSULTA:

Refiere contracciones uterinas frecuentes, al interrogatorio no presento sangrado, pérdida de líquido amniótico hace 10 minutos.

B) EXPLORACIÓN FÍSICA

Examen Clínico y Físico:

Estado general y sensorio: AREG Y LOTEP

Funciones vitales: Presión arterial: 110/60mmHg, Temperatura: 36.8°C,

Frecuencia cardiaca: 84 x minuto, frecuencia respiratoria: 18 x minuto.

Examen obstétrico

Abdomen: AU: 35 cm, Situación presentación y posición: LCD, LCF: 148 x minuto, movimientos fetales: presentes, Dinámica uterina: 2-3 en 10 minutos, duración: 25 segundos, intensidad ++.

Genitales: Tacto vaginal: dilatación: 5 cm, incorporación: 80%, AP: -3, variedad de presentación: OIDP, membranas ovulares: rotas, no se visualiza sangrado vaginal.

DIAGNOSTICO.

- Multigesta de 41semanas por ecografía del 1er. trimestre
- Trabajo de parto fase activa
- Ruptura precoz de membrana 10 minutos.

PLAN DE TRABAJO:

- Atención de parto monitorizado.
- Exámenes de laboratorio: Hemograma, Grupo y Factor RH, Prueba de RPP y

HIV.

TRATAMIENTO:

- Cloruro de sodio al 9 ‰ 1000 ml como vía.
- Control materno (control de funciones vitales, dinámica uterina).
- Control fetal (latidos cardiacos fetales)
- Parto monitorizado.

EVOLUCIÓN EN CENTRO OBSTÉTRICO.

Fecha 21 de setiembre de 2017

06:50 Hrs. Paciente ingresa al servicio de centro obstétrico referido de emergencia tuvo contracciones uterinas frecuentes, ingresa en camilla, con vía permeable.

Examen clínico y físico: AREN, AREH, AREG Y LOTEP

PA: 110/60 mmHg. FC: 80 x minuto. FR: 18 x minuto, T°: 36.5°C.

- Mamas: Normales, blandas voluminosas, con presencia de secreción calostrál
- Abdomen: abdomen grávido, AU: 32 cm, SPP: longitudinal cefálico derecho, LCF: 140 x minuto, movimientos fetales: presentes, DU: 3 / 10 minutos ++ 30 segundos.

□ Genitales: T.V. D: 7cm I: 90% AP:-

3

Diagnóstico:

□ Multigesta de 41 Sem. por ecografía de 1er. trimestre

□ Trabajo de parto fase activa.

□ Monitoreo fetal por 30 minutos.

□ Reevaluación con resultados.

07:00 Hrs.. Gestante permanece en control constante, se produce cambio de turno de obstetra.

07:30 Hrs.. Gestante se encuentra en trabajo de parto, a la evaluación, Tacto vaginal. D: 10 cm I: 100% AP: +1, M.O: rotas., se cumple con higiene perineal, luego se coloca ropa para atención de parto.

07:54 Hrs.. R.N de sexo: masculino, con Apgar 8 al minuto, se coloca al recién nacido en el abdomen de la madre.

07:55 Hrs.. Se dispone oxitocina 10 UI I.M , se practica alumbramiento dirigido.

07:57 Hrs. Se procede a realizar pinzamiento tardío de cordón umbilical, luego se muestra el sexo a la madre.

08:10 Hrs. No se desprende la placenta, inmediatamente se comunica a médico de turno.

08:15 Hrs. Médico de guardia acude al llamado del personal de obstetricia, por retención placentaria.

Al examen: P.A: 121/66 mmHg. F.C: 89 x minuto. FR: 19 x min, T°: 36.8°C.

Abdomen: AU: 18 cm, doloroso a la palpación a nivel hipogastrio.

Genital: se encuentra cordón umbilical pinzado a nivel del canal vaginal, se observa regular sangrado.

Diagnóstico:

- Puérpera inmediata de parto vaginal.
- Retención placentaria.

Plan:

- Extracción manual de la placenta y legrado uterino.
- Analgesia.

RP:

- 1.- Legrado uterino puerperal.
- 2.- ClNa 9% 1000 ml + oxitocina 20UI a XXX gotas x minuto.
- 3.- Metamizol 1gr E.V. stat.
- 4.- Diclofenaco 0.75 mg. IM stat.
- 5.- Ceftriaxona 2 gr. E.V. cada 24 horas.
- 6.- CFV

08:20 Hrs. Acude médico anesthesiólogo, por llamado de ginecólogo, después de hacer una evaluación procede a administrar analgesia con fentanilo 100mcgr.

P.A: 144/80 mmHg. F.C: 89 x minuto. Saturación de Oxígeno: 96%

08:25 Hrs.. Se realiza extracción manual de placenta, por médico asistente de guardia, quien extrae la placenta por pedazos.

08:30 Hrs.. Inicia procedimiento de legrado uterino , paciente permanece con vía de ClNa 9%o + oxitocina 20UI a XXX gotas x minuto.

08:42 Hrs. Se realiza control de Hb.

08:45 Hrs. Control de FV: P.A: 120/66 mmHg. F.C: 104 x min. FR: 20 x minuto.
T°: 37.2°C.

08:55 Hrs. Se termina con procedimiento de legrado uterino.

09:00 Hrs.. Control de F.V : P.A: 125/80 mmHg. F.C: 92 x min. T°:37°C.

09:03 Hrs. Se administra misoprostol 600 mcg. vía rectal.

10:20 Hrs.. Se realiza control de FV: P.A: 90/60 mmHg. F.C: 90 x minuto
T°:36.7°C., útero contraído, AU: 16 cm, sangrado en poca cantidad.

10:50 Hrs. Paciente menciona cefalea y dolor a nivel de miembro superior , se notifica al asistente de guardia, para su evaluación.

10:52 Hrs.. Control de FV: P.A: 70/50 mmHg. F.C: 104 x minuto, R: 25 x minuto. T°: 37°C

10:55 Hrs. Se hidrata paciente con CIna al 9%o 1000 ml a chorro.

11:00 Hrs. Se administra I frasco de Haemaccel 500 ml a chorro.

11:05 Hrs. Se administra misoprostol 400 mcg. sublingual.

11:10 Hrs. Se administra ergometrina 0.2 mg. Intramuscular. Control de F.V:
P.A: 107/75 mmHg. F.C: 88 x minuto.

11:50 Hrs.. Es examinada por el asistente de turno. Puérpera refiere dolor a nivel de los miembros superiores y dolor de cabeza

Control de F. V: P.A: 70/30 mmHg. F.C: 106 x min. R: 30 x minuto.

Piel: palidez marcada.

Abdomen: útero hipotónico debajo de la cicatriz umbilical, se contrae con masaje uterino.

Genital: se visualiza sangrado vaginal en regular cantidad (aprox. 500ml)

Diagnóstico:

- 1.- Puérpera inmediata 3 horas.
- 2.- Shock hemorrágico III, hipotonía uterina.
- 3.- Post legrado uterino por alumbramiento incompleto
- 4.- Hemorragia post parto por hipotonía uterina.

Plan: Hidratación + oxitócicos.

RP.

- 1.- ClNa 9‰ 1000 ml a chorro.
- 2.- Poligelina 3.5 % pasar 500 ml a chorro.
- 3.- Ergotamina 0.2 mg I.M stat.
- 4.- Misoprostol 400 mcg. sub lingual stat.
- 5.- Masaje uterino externo enérgico.
- 6.- ClNa ‰ 1000 ml + Oxitocina 30 UI XXX gotas x minuto I-II.
- 7.- Se solicita hemograma, perfil de coagulación, pruebas cruzadas.
- 8.- Paracetamol 1 g. vía oral stat.
- 9.- Interconsulta a UCIM.
- 10.- Control de FV + control de sangrado.

12:55 Hrs. Puérpera es evaluada por el asistente de turno, con resultados de exámenes de laboratorio. Hemoglobina: **9.9 gr/dl**, plaquetas 152.000

Al examen: AREN AREH AREG.

Piel: palidez marcada.

Abdomen: útero contraído AU: 16 cm, por encima de la sínfisis de púlica.

Genital: loquios hemáticos escasos, permanece sonda Foley permeable orina clara 600ml.

Diagnóstico:

- 1.- Puérpera inmediata de parto vaginal 5 horas.
- 2.- Shock hemorrágico por atonía uterina.
- 3.- Post legrado uterino por alumbramiento incompleto.
- 4.- Anemia moderada.

Plan: pasar a UCIM, luego de legrado en SOP.

Rp.

- 1.- ClNa 9%o 1000 ml + oxitocina 30 UI a xxx gotas x minuto I-II
- 2.- Ceftriaxona 2 g C/24 horas VE.
- 3.- Metamizol 1 gr PRN T 38.5 C
- 4.- Paracetamol 1 g. C/ 8 horas VO.
- 5.- Control de diuresis con sonda Foley.
- 6.- Preparar para SOP.
- 7.- Se comunica a jefe de guardia, se informa a los familiares.

15:32 Hrs. Equipo de guardia en sala de operaciones.

Estando la paciente en sala de operaciones se realiza legrado uterino, encontrándose tejido placentario en regular cantidad firmemente adherida,

ocasionando mayor sangrado aproximadamente 1000 ml, la paciente presenta taquicardia e hipotensión, tiene control de hemoglobina en sala de operaciones **5.5gr/dl**. Recuento plaquetario 60.000 pmc. El sangrado continúa y se realiza histerectomía abdominal total de emergencia. Inmediatamente se solicita 08 unidades de paquete globular, 04 unidades de plaquetas.

16:20 Hrs. Se inicia la transfusión sanguínea con 08 unidades de paquete globular, luego con las 04 unidades de plaquetas.

21 de setiembre de 2017

23:20 Hrs.. Puérpera se encuentra en la UCI Materna, con F.V: PA: 114/60 mmHg. FC: 74 x min FR: 18 x minuto. T°: 37.2°C. se encuentra estable, despierta, obedece órdenes, respira espontáneamente.

Tratamiento:

1. Nada por vía oral (NPO)
2. Cloruro de sodio al 9%o 100ml / hora.
3. Transfusión de 03 paquetes globulares de sangre.
4. Cefazolina 1 g. C /6 horas EV.
5. Ranitidina 50 mg C/8 horas EV.
6. Metoclopramida 50 mg C/8 horas EV.
7. Tramadol 50 mg C/ 8 horas EV.

8. Vitamina k EV. /4 horas.
9. Ácido tranexámico 1 gr. diluido en Cloruro de sodio al 9%o 100ml. E.V cada 8 horas.
10. Gluconato de calcio al 10% E.V. / 8 horas.
11. Dexametasona 4 mg EV stat.
12. Control de F.V, control de balance hídrico, control de hemoglobina C/ 24 horas.
13. Metamizol 1 g PRN a T° > 38°C.

22 de setiembre de 2017.

08:00 Hrs. Puérpera de 38 años se encuentra en UCI materna, evoluciona favorablemente, refiere ligero dolor a nivel abdominal, cuenta con resultados de hemoglobina, **8.0gr/dl**, plaquetas 60.000, diuresis de 1600ml, función renal conservada, dentro del plan se encuentra con continuar tratamiento de antibioticoterapia, más fluido terapia.

Tratamiento:

1. Dieta blanda + líquido a voluntad.
2. Cloruro de sodio al 9%o 80ml / hora.
3. Cefazolina 1 g. C/6 horas EV.
4. Ranitidina 50 mg C/8 horas EV.

5. Metoclopramida 50 mg C/ 8 horas EV.
6. Tramadol 50 mg C / 8 horas EV.
7. Control de funciones vitales + balance hídrico.
8. Metamizol 1 g PRN a $T^{\circ} > 38^{\circ}\text{C}$.

23 de setiembre de 2017

14:00 Hrs. Puérpera permanece en la UCI en su segundo día de evolución favorable, cuenta con resultados de laboratorio de control de hemoglobina **10.2 gr/dl**, recuento plaquetario de 280.000. se encuentra con FV con parámetros normales, buena diuresis y tuvo buena tolerancia oral.

Puérpera es dado de alta del servicio de UCIM, dejan indicación de pasar a servicio.

Tratamiento

1. Dieta blanda + líquido a voluntad.
2. Cloruro de sodio al 9%o 60ml / hora.
3. Cefazolina 1 g C/ 6 horas EV.
4. Ranitidina 50 mg C/ 8 horas EV.
5. Metoclopramida 50 mg C/ 8 horas EV.
6. Tramadol 100 mg C/ 8 horas EV.
7. Control de funciones vitales + balance hídrico.

8. Metamizol 1 g PNR a $T^{\circ} > 38^{\circ}\text{C}$.

9. Alta y pasar a servicio.

24 de setiembre de 2017

8:30 Hrs. Puérpera, se encuentra en la unidad del servicio de hospitalización, procedente de la UCI materna, describe ligera dolencia en herida operatoria, afebril.

Control de F.V : P.A: 100/60 mmHg. F.C: 76 x minuto. R: 16 x min. T° : 37°C .

Estado general: AREN, AREG y LOTEPE.

Piel y faneras: tibias e hidratadas.

Cabeza y cuello: normales.

Aparato cardio-respiratorio: murmullo vesicular pasan bien por ambos campos pulmonares.

Abdomen: Blando depresible, ligera dolencia a la palpación.

Diagnósticos:

Puérpera de parto vaginal 3 días.

Post legrado uterino por alumbramiento incompleto.

Post operada de histerectomía abdominal total por atonía uterina + acretismo placentario.

Anemia leve.

Tratamiento:

1. Dieta completa + líquido a voluntad.
2. Cefazolina 1 g C/ 6 horas VO.
3. Ketorolaco 10 mg C/ 8 horas VO.
4. Ranitidina 50 mg C /8 horas EV.
5. Metoclopramida 10 mg EV / 8 horas
6. Metamizol 1 gr PRP a $T^{\circ} > 38^{\circ}\text{C}$.

25 de setiembre de 2017

9:30 Hrs. Puérpera mediata, afebril, describe leve dolor a nivel de herida operatoria, de evolución favorable.

Control de F.V : P.A: 100/60 mmHg. F.C: 84 x min. R: 18 x min. T° : 36.8°C.

Estado general: AREN, AREG y LOTEPE.

Piel y faneras: tibias e hidratadas.

Cabeza y cuello: normales.

Aparato cardio-respiratorio: murmullo vesicular pasan bien por ambos campos pulmonares.

Abdomen: blando depresible, ligero dolor a la palpación.

Diagnósticos:

Puérpera de parto vaginal 4 días.

Post legrado uterino por alumbramiento incompleto.

Post operada 4to día de histerectomía abdominal total por atonía uterina +
acretismo placentario.

Anemia leve.

Tratamiento:

1. Dieta completa + líquido a voluntad.
2. Cefuroxima 500 mg VO cada 12 horas.
3. Ketorolaco 10 mg VO cada 12 horas.
4. Alta con indicación médica.

INFORME QUIRÚRGICO (I)

PROCEDIMIENTO EN SALA DE OPERACIONES

Hora de ingreso 14:14 horas a la sala de operaciones.

Fecha: 21- 09- 2017

Hora 14:44 horas

Diagnóstico preoperatorio:

- Puérpera inmediata de parto vaginal.
- Shock hipovolémico.
- Alumbramiento incompleto.
- Disfunción uterina hipotónica.
- Anemia que complica el embarazo parto y el puerperio.

Fecha de salida de SOP: 21 de setiembre de 2017

Hora 17:34 horas

Diagnóstico post operatorio.

- Puérpera inmediata de parto vaginal.
- Shock hipovolémico.
- Alumbramiento incompleto.
- Disfunción uterina hipotónica.

- Acretismo placentario.
- Anemia que agrava el embarazo, parto y puerperio

Procedimiento quirúrgico:

Legrado uterino obstétrico

Descripción del procedimiento: asepsia y antisepsia, colocación de las valvas, histerometría indirecta, pinzamiento de labio anterior, extracción de restos endouterinos firmemente adheridos, ocasionando sangrado aproximadamente 1000ml ello hace tomar decisión para que se realice histerectomía abdominal total.

Hallazgos.

Restos endouterinos firmemente adheridos en regular cantidad. Útero hipotónico, sangrado 1000 ml aproximadamente.

Estudio patológico: restos endouterinos **INFORME**

QUIRÚRGICO (II) PROCEDIMIENTO EN SALA

DE OPERACIONES

Fecha y hora de Inicio: 21 de setiembre de 2017

Hora 14:04 horas

Diagnóstico preoperatorio:

- Puérpera inmediata de parto vaginal.
- Shock hipovolémico.
- Alumbramiento incompleto.
- Acretismo placentario
- Disfunción uterina hipotónica.
- Anemia que agrava el embarazo parto y el

puerperio. Fecha y hora de Fin: 21 de setiembre de 2017

Hora 18:29 Hrs.

Diagnóstico post operatorio.

- Puérpera inmediata de parto vaginal.

- Shock hipovolémico.
- Alumbramiento incompleto.
- Disfunción uterina hipotónica.
- Acretismo placentario.
- Anemia que agrava el embarazo, parto y puerperio

Procedimiento quirúrgico:

Histerectomía abdominal total

Descripción del procedimiento: asepsia y antisepsia, apertura de pared abdominal por planos hasta cavidad, PCL de infundíbulo, PCL de vasos uterinos, PCL de ligamentos cardinales, extracción del útero, cierre de cúpula vaginal y elevación de ligamentos cardinales, revisión hemostasia y cierre de pared por planos.

Hallazgos.

Útero hipotónico con áreas hemorrágicas en cuernos laterales, cavidad con presencia de cotiledones adheridos firmemente a útero.

Estudio patológico: útero.

EPICRISIS

Edad: 38 años .

Fórmula obstétrica: G5 P3013

Fecha de ingreso: 21 de setiembre 2017 a las 05:55 horas.

Fecha de egreso: 25/09/2017 a las 11:00 horas.

Tiempo de hospitalización: 04 días

Síntomas y Signos: paciente concurre al hospital por sentir dolor tipo contracción, sin sangrado vaginal, niega pérdida de líquido amniótico.

Diagnóstico de Ingreso:

- Multigesta de 41sem. y 4 días x ecografía del I trimestre
- Trabajo de parto, fase activa .
- Embarazo a término tardío.

Enfermedad actual:

Gestante acude en pródromos de trabajo de parto, se produce la atención de parto normal, se presenta retención placentaria, se realiza legrado uterino en sala de

parto, se prepara para sala de operaciones, en donde realizan un legrado uterino por segunda vez, terminando en una histerectomía uterina total.

Intervenciones y/o procedimiento realizados: parto vaginal, legrado uterino, histerectomía total, transfusión sanguínea.

Tratamiento Instaurado:

- Histerectomía
- Legrado uterino.
- Antibioticoterapia.
- Transfusión sanguínea.

Complicaciones: shock hipovolémico

Condición del alta: Paciente. Egresada de sala junto a su RN

Diagnóstico final de egreso:

- Puérpera mediata
- Post histerectomía total

□ Anemia aguda leve.

Cita: en una semana por consultorio externo

2.3. DISCUSIÓN

Según las estadísticas la mortalidad materna se produce durante las dos primeras horas dentro del puerperio inmediato como lo menciona, Abdel H., y otros; nuestro caso clínico llegó a presentar un shock hipovolémico como consecuencia de un acretismo placentario, la paciente de haberse encontrado en otro nivel de atención hubiera incrementado las estadísticas de mortalidad materna.

Frente a una retención placentaria post parto siempre se debe de realizar una ecografía para descartar acretismo placentario, determinar el grado de acretismo placentario y tomar la decisión correcta y evitar complicaciones en la parturienta. Se le practico legrado uterino en sala de parto, al no haber solucionado se realiza un segundo legrado uterino, para luego terminar en una histerectomía total, cuando la paciente se encontraba en shock hipovolémico. Según, Arcia y otros menciona que si se diagnostica precozmente la cantidad de pérdida sanguínea en una hemorragia se podrá hacer una reposición volumétrica rápida, se tendrá una recuperación favorable de la paciente.

La hemorragia postparto está relacionada con las pacientes que tienen > de 35 años, multiparidad, refiere legrado uterino anterior, control pre natal insuficiente. Se coinciden con Guerrero y otros, que mencionan que los factores asociados a las hemorragias están las pacientes mayores de 35 años, la multiparidad y las cirugías previas.

Según Martínez, los casos de hemorragias por retención placentaria están consideradas en orden de prioridad en el segundo lugar las hemorragias post parto que afecta del 20 al 30 % de todos los casos el signo principal es la ausencia de la expulsión de la placenta por más de 15 minutos en alumbramiento dirigido y 30 min en alumbramiento espontaneo, en el caso clínico analizado se practicó alumbramiento dirigido 10 UI IM dentro del minuto de nacimiento del recién nacido.

2.4. CONCLUSIONES

- El caso clínico presentado del manejo de la hemorragia post parto se realizó de acuerdo con el protocolo institucional.
- Los factores de riesgos encontrados fueron: edad > de 35 años, multiparidad, periodo intergenésico menor de dos años, antecedente de legrado uterino, acretismo placentario y control prenatal insuficiente.
- Las complicaciones identificadas en el caso clínico fueron: hemorragia postparto, shock hipovolémico, histerectomía total, anemia aguda severa.

2.5. RECOMENDACIONES

- Capacitación a los profesionales de la salud en el manejo de hemorragias obstétricas, con el propósito de poder disminuir la morbimortalidad materno perinatal.
- El profesional que atiende el parto y puerperio debe de conocer todos los factores de riesgo materno para poder actuar y tomar las precauciones de las posibles complicaciones maternas.

- La práctica de alumbramiento dirigido debe de realizarse en todo el nivel de atención para disminuir la cantidad de sangrado vaginal y evitar las complicaciones como son la anemia severa o shock hipovolémico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abdel H, abdel M, Shaaban O, tocolysis for the tratment of placenta previa. Cochrane review translated 2011.
2. World Health organization, multinational survey for maternal and neonatal health. Geneva;2012.
3. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum hemorrhage.2014.
4. Belachew J, Cnattingius S, Mulic A, placenta risk retained in women with a cesarean antedent, a population based cohort study.2014.Jan:121(2):224-9.
5. Organización mundial de la salud: asamblea mundial de salud. Ginebra, OMS.2009.
6. Arcia R., Lorie LE., Ferrer O., Caracterización de hemorragia postparto en maternidad del Hospital General "Dr. Agostinho Neto", Guantánamo. Cuba. 2017.
7. Iglesias JM., Urbina D. Factores de riesgo asociado a hemorragia post- parto, en las mujeres que fueron atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia, del HECAM. Managua Nicaragua. 2016.
8. Campos D, Villareal G, hemorragias posparto. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica. 2014(613).758-788.
9. Mendoza M. Morbilidad y mortalidad en hemorragias obstétricas en el hospital de Ginecología y Obstetricia. Instituto materno Infantil. Mexico.2013.
10. Posada J. Uso de la carbetocina para prevenir la hemorragia obstétrica Artículo original Gineco. Obstet México. 2011;79 (7):419-427.
11. Levin G, Rottenstreich A, Benshushan A, Dior U, Shveiky D, Shushan A, Uriel E. The role of supra cervical hysterectomy in reducing blood products requirement in the management of placenta acreta: A case control study. J Materno Fetal Neonatal Med. 2018 Nov 28:1-151.

12. Maymon S, Maymon R, Bornstein J, Tovbin J, Melcer Y, Frank Wolf M. Comparison of two approaches for placenta amlreta: uterine preservation versus cesarean hysterectomy. *Harefuah*. 2018 Nov;157(11):696-700
13. Duzyj C, Cooper A, Mhatre M, Han C, Paidas MJ^{5,6}, Illuzzi JL⁵, Sfakianaki AK. Placenta Amlreta: A Spectrum of Predictable Risk, Diagnosis, and Morbidity. *Am J Perinatol*. 2018 Nov 30. doi: 10.1055/s-0038-1676111
14. Dawood A, Elgergawy A, Elhalwagy A. Evaluation of three-step procedure (Shehata's technique) as a conservative management for placenta amlreta at a tertiary care hospital in Egypt. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2019 Mar;48(3):201-205.
15. Chen S, Cheng W, Chen Y, Liu X. The risk of abnormal placentation and hemorrhage in subsequent pregnancy following primary elective cesarean delivery. *J Materno Fetal Neonatal Med*. 2019 Feb 27:1-6.
16. Atencia Y. Factores que influyen en la Hemorragia Postparto inmediato Hospital Regional Manuel Núñez Butrón - Puno. 2016.
17. Guerrero E, et al. factores asociados a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo. Hospital II-2. Sullana. Piura. 2014.
18. Guitarra R, Campos T, Frines S., alumbramiento asistido con oxitocina intraumbilical, expectante y rutinario. *Revista Perú. Ginecología y Obstetricia*. 2012.58:285-290.
19. Acho C, et al., Hemorragia de la segunda mitad del embarazo. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima.2011.
20. Cabrera S., Hemorragia postparto. *Revista Perú. Ginecología y Obstetricia*. 2010;56:23-31.
21. Mayer D, Smith K., principios y prácticas de la anestesia Obstétrica. 4ta.edicion. Missouri, Elsevier Mosby.2009:825-880.
22. Buitrón R., hemorragia Obstétrica. Equipo de respuesta rápida en urgencias obstétricas tomo II.2013. (21).254.

23. Guías de práctica clínica y procedimientos en Ginecología y Obstetricia. INMP.2010.
24. Hacker N, Gambone J, Hobel C., Ginecología y Obstetricia de Hacker y Moore. 5ta. Edición. México. 2011.477.
25. Cunningham G., Gant, F., Leveno, K., Gilstrap, L., Hauth, J., Wenstrom, K. Hemorragia Obstétrica. En: Williams Obstetricia. 23 ed. New York:McGraw-Hill.2011.
26. The American College of obstetricians and gynecologists. Placenta accreta spectrum. 2018. 132. 6