



**UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI**

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA**

**TRABAJO ACADÉMICO**

**FACTORES ASOCIADOS A LA RETENCIÓN PLACENTARIA  
EN GESTANTE DE 38 SEMANAS COVID-19 POSITIVO EN  
ESTABLECIMIENTO DE SALUD ESSALUD 2020**

**PRESENTADO POR:**

**AGUSTIN FERNANDO PINILLOS SANCHEZ**

**ASESOR:**

**DRA MIRIAN TERESA SOLIS ROJAS**

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

**MOQUEGUA – PERÚ**

**2022**

## ÍNDICE

|                                     |     |
|-------------------------------------|-----|
| Página de Jurado.....               | i   |
| ÍNDICE.....                         | ii  |
| RESUMEN .....                       | iii |
| CAPÍTULO I.....                     | 1   |
| PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN.....   | 1   |
| 1.1 Descripción del problema .....  | 1   |
| 1.2. Justificación .....            | 4   |
| 1.3. Marco teórico .....            | 5   |
| 1.3.1. Antecedentes .....           | 5   |
| 1.3.2. Bases teóricas .....         | 7   |
| CAPÍTULO II.....                    | 20  |
| CASO CLÍNICO .....                  | 20  |
| 2.1. Objetivo.....                  | 20  |
| 2.1.1. Objetivo General .....       | 20  |
| 2.1.2. Objetivos Específicos .....  | 20  |
| 2.2. Datos clínicos relevantes..... | 21  |
| <b>2.3.</b> Discusión.....          | 29  |
| <b>2.4.</b> Conclusiones .....      | 31  |
| 2.5. Recomendaciones .....          | 32  |
| BIBLIOGRAFÍA .....                  | 33  |

## RESUMEN

La hemorragia uterina y sus complicaciones que ocurren en el parto y postparto es una de las causas frecuentes de morbimortalidad materna. La hemorragia posparto es considerada como una complicación severa en obstetricia. Los factores son diversos como la atonía, las complicaciones del alumbramiento, desgarros del cérvix y/o vaginales, por lo que la intervención oportuna del personal de salud es fundamental para evitar la muerte materna. (1).

Es por ello que conocer los factores desencadenantes, así como la población en riesgo es de vital importancia, pues esta patología se puede prevenir y debemos estar en alerta y dispuestos a enfrentar este tipo de complicaciones, especialmente en esta etapa de pandemia por COVID 19.

Con el fin de estudiar los factores condicionantes de la retención placentaria presentaremos el caso clínico de una multigesta de 38 semanas por FUR que ingresa en pródromos de trabajo de parto a la cual por protocolo se toma Prueba Rápida (PR) para COVID 19, dando como resultado positivo, generando la aplicación de protocolos establecidos de aislamiento y protección , siendo asistida por el personal de salud quienes atienden el parto eutócico de un recién nacido vivo de sexo masculino, peso 3800 Apgar 9 al minuto y a los cinco minutos, presentando retención placentaria, con sangrado uterino de moderada cantidad motivo por el cual se solicita sala de operaciones en la cual se examina bajo anestesia y procediéndose a una histerectomía abdominal total.

**Palabras claves:** hemorragia post parto, retención placentaria, embarazo y COVID-19.

## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.1 Descripción del problema**

En el año 2014, la Organización Mundial de la Salud publicó las “Recomendaciones para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto (HPP)”, con el fin de abordar con claridad la problemática de la mortalidad materna que se incrementa año a año por esta complicación obstétrica del alumbramiento. En el referido documento se precisa la posibilidad de prevenir a través del conocimiento de los factores condicionantes o que se asocian con frecuencia a esta patología. Definiendo a la HPP, como la pérdida de sangre de 500 cc por parto eutócico y 1000 cc en las cesáreas o más, en el plazo de un día de ocurrido el nacimiento, considerándose además como la primera causa de muertes maternas en países pobres y ocupando el 25 % de las defunciones maternas en el planeta. (1).

Un dilema sin resolver para el mundo, es la morbilidad materna a pesar de los

avances tecnológicos, la especialización profesional y las políticas internacionales (ODM Y ODS) que ponen en relieve esta problemática, considerado aún como un indicador de subdesarrollo.

Al inicio del nuevo milenio se ha observado una tendencia a la disminución de este indicador, pero es evidente que a pesar de todos los esfuerzos realizados aún hay una distancia enorme para cumplir con las metas programadas y sigue considerándose como una de las tres causas fundamentales de muerte materna; juntamente con la hipertensión gestacional, hemorragia vaginal, sepsis y otras infecciones después del parto. (2).

La OMS, a partir del año 2014, ha destacado el esfuerzo de 11 países de Latinoamérica que hicieron esfuerzos denodados para disminuir la mortalidad materna, y entre ellos se destacó en el primer lugar al Perú (-64%), sin embargo, ninguno de estos países logró la meta de los ODM. El mundo valora el esfuerzo de esta disminución, pero aún se observa que diariamente 800 mujeres fallecen en la región de las Américas a causa del embarazo y el postparto (1,2).

Y todo este panorama se vuelve más incierto en la pandemia por COVID 19, que llega al Perú encontrando un país con un sistema sanitario pobre, con insuficientes recursos tanto humanos como materiales, lo cual agrava cualquier otra situación concomitante como lo es la hemorragia obstétrica. Si bien aún no se sabe cuál es la repercusión del COVID 19 en esta complicación, las medidas de aislamiento, el temor al contagio al recién nacido, al personal y las restricciones correspondientes

a la atención de una paciente gestante con COVID 19, pudiera interferir en la mejor capacidad resolutive de la hemorragia obstétrica.

En nuestro país, el Perú, según datos estadísticos del MINSA, la hemorragia obstétrica es una de las causas principales de muerte materna especialmente en provincias, muy diferente que en la ciudad de Lima Metropolitana, donde la causa principal son los trastornos hipertensivos del embarazo debido a las mejores condiciones que se tiene para resolver las hemorragias post parto. (2)

En el año 2017, según cifras del MINSA, las hemorragias fueron causa principal de muerte materna directa con el 23.3% seguido de trastornos hipertensivos con el 21.3%. En el año 2018 (hasta la semana epidemiológica 26) las hemorragias bajaron a 19.4% y los trastornos hipertensivos ocuparon el primer lugar con el 28.7%. (2)

Al ser considerado la hemorragia posparto como una de las causas principales de la mortalidad materna prevenible y predecible, es sumamente preocupante si no se realizan los esfuerzos para la detección oportuna de los factores asociados a esta, por los resultados catastróficos que lamentablemente se observan en las mujeres. Vale mencionar que la hemorragia postparto se presenta en mujeres con /sin ningún tipo de factor de riesgo, por tal motivo como futuro obstetra especialista, es importante determinar la forma de prevención partiendo de los factores asociados como causa directa la retención placentaria. (3).

## **1.2. Justificación**

El 11 de marzo del 2020 se dio alerta de pandemia ocasionada por coronavirus, muchas circunstancias han ocurrido en medio de la propagación de un virus que está afectando a todos los sectores del país en especial el sanitario. El colapso del sistema sanitario peruano, la alta mortalidad en especial la población vulnerable, el desabastecimiento de materiales y equipos, la falta de tratamientos validados, pusieron en primera línea a los profesionales de la salud que se dedicaron a enfrentar a un virus desconocido llamado SARS-Cov-2, reconocido como agente causal, caracterizado por su alta transmisibilidad. A pesar que los datos hasta la fecha son muy limitados, no hay evidencia de que las gestantes sean más susceptibles a contagiarse por COVID-19, debido a todo esto no se conoce aún si las gestantes desarrollaran un proceso más severo de la enfermedad que las no embarazadas (3). Toda esta desinformación en relación al COVID 19, generó la rápida incorporación de disposiciones para la atención en los servicios, inclusive en los centros obstétricos, en los cuales se han aperturado ambientes diferenciados para el control y atención de las gestantes con diagnóstico COVID 19 positivo, con el objetivo de disminuir riesgos de contagio y propagación de este virus, por lo que algunos procedimientos rutinarios se han suspendido.

Se recomienda el parto vaginal, solo en casos de emergencia emplear la vía de cesárea, en casos de confirmar el diagnóstico de COVID, se solicita tomar las precauciones del caso. (3).

Sin duda la pandemia ha generado actividades que han sido incorporadas en los protocolos y normas dirigidas a gestantes, además es necesario reconocer y prevenir los factores asociados para evitar complicaciones en especial las que conllevan a la

muerte materna. Factores de riesgo que deberían ser identificados y tratados de forma precoz considerando la presencia de comorbilidades. (2,3,5)

En este escenario generado por el COVID-19, simultáneamente se han venido atendiendo todo tipo de complicaciones obstétricas como la retención placentaria, que conlleva un rápido accionar y de un manejo clínico y tratamiento oportuno con el fin de brindar un soporte a las mujeres, así como saber cuantificar la pérdida sanguínea esto permitirá un mejor conocimiento del estado hemodinámico de la paciente, brindando una mejor calidad de atención en salud.

### **1.3. Marco teórico**

#### **1.3.1. Antecedentes**

##### **a.- Antecedentes Internacionales**

**González-de la Torre H et al. (España 2020).** Trabajo realizado acerca del “Manejo de una gestante con COVID”, se realizan las recomendaciones a través de diversos documentos recopilados en diferentes países, se hace una recopilación de 49 documentos los cuales fueron analizados y se toman recomendaciones prácticas en la temática relacionada a la infección por COVID durante el embarazo, la transmisión vertical, el control de la gestante, el manejo y la finalización del parto, la lactancia materna, todas estas recomendaciones en función a medicina basada en evidencias (6).

**Solari A. (Chile 2017).** Estudio que realiza la evaluación de los “Factores de riesgo del embarazo”, entre ellos en la edad materna avanzada y condiciones persistentes de cronicidad, además de ello se evaluó la atonía uterina, como la incapacidad del



útero para poder contraer y se evalúa el hecho de realizar una histerectomía de emergencia en caso no funcione el uso de uterotónicos, además casos extremos de acretismo placentario que producen hemorragia, la cual se puede diagnosticar por ecografía y RM (Resonancia Magnética), siendo la indicación la cesárea más histerectomía. Resalta el uso de la radiología en obstetricia para reducir las complicaciones de la hemorragia, además de incluir estos procedimientos en guías y protocolos sanitarios (7).

**Morau E, (Francia 2017).** en su estudio: “Resultados de la investigación confidencial francesa sobre muertes maternas”, tuvo como objetivo detallar las causas maternas de mortalidad la cual es considerada como una causa principal y muy preocupante, demostrando los siguientes datos: La prevalencia de hemorragia posparto (HPP) se encontró entre el 5 a 10 % de los partos y se define la cantidad de pérdida hemática ya sea por parto vaginal o cesárea. Dando una tasa de mortalidad materna de 1.2/100 000 nacidos vivos, a pesar de que han disminuido los casos de atonía uterina, se mantiene como principal causa de muerte materna, Concluyendo que existen aún deficiencias que no aportan en la prevención de la problemática de muerte materna (8).

**Camacho F. (Colombia 2016).** Revisión acerca de las “Recomendaciones internacionales acerca del manejo de la hemorragia posparto” y cuáles son las principales causas a nivel mundial de la hemorragia, se indica que para la atención se debe tener personal entrenado que permita obtener un diagnóstico oportuno precoz y que brinde adecuada atención que permita disminuir los riesgos. Revisó

siete guías de práctica clínica llegando a las siguientes conclusiones: 1) tratamiento de elección dosis de inicio con oxitocina de 5 a 10 UI en bolo lento y seguidamente Vía EV. Los medicamentos de segunda y tercera línea (Misoprostol, Carboprost, Ácido tranexámico) se deben administrar de acuerdo con la respuesta al tratamiento inicial y dependiendo del entrenamiento del personal a cargo. El traje antichoque no neumático, de bajo costo puede ser considerado como un recurso efectivo para salvar vidas de las puérperas para controlar la hemorragia hasta conseguir sala de operaciones o traslado (9).

**Bustillo M. (Honduras 2016).** Un estudio sobre “Hemorragia postparto” y sus diferentes causas para atonía uterina severa, se evalúa a las pacientes atendidas a través de un parto a término, en la Universidad de Tegucigalpa se identifican factores de riesgo asociados en 10,701 nacimientos y 56 casos de atonía uterina. Se realiza la evaluación de la gravedad de la hemorragia y su clasificación y se obtiene que la gran mayoría de hemorragia se presentan gestaciones a término. El autor hace un reporte del manejo de los casos (10).

#### **b.- Antecedentes Nacionales**

**Guevara E. et al - Lima 2020.** “Anticuerpos anti – SARS – CoV-2 en gestantes en un hospital nivel III de Perú” Estudio observacional que busca determinar la prevalencia de las características epidemiológicas de las gestantes con SARS – CoV-2 en el Instituto Materno Perinatal durante el primer trimestre del 2020, se evalúan 2419 gestantes hospitalizadas de las cuales el 7% tuvo resultados positivos para anticuerpos, las cuales el 89.4% eran asintomáticas y entre las complicaciones

obstétricas más frecuentes teníamos la rotura prematura de membranas y la preeclampsia, se concluye que no hay asociación significativa entre las características clínicas epidemiológicas y la respuesta serológica por el virus de SARS – CoV-2 (11).

**Vera E. et al Lima 2020.** Estudio denominado “Características epidemiológicas de las gestantes con COVID 19”, estudio de corte transversal realizado en el Hospital madre niño San Bartolomé de Lima, con el objeto de determinar la epidemiología y los resultados perinatales en gestantes con covid-19, se tiene que de las 345 gestantes evaluadas 78% tuvieron parto vaginal, con edad mayor de 27 años en promedio y solo 0.2% ingreso a UCI, se concluye que las gestantes fueron asintomáticas en el 100% de los casos y el número de cesárea disminuyó durante la pandemia por COVID-19 (12).

**Olivera K. Huancavelica 2019,** Tesis denominada “Características sociodemográficas y obstétricas de púerperas” que presentan retención placentaria, entre los resultados se obtiene que las pacientes tenían entre 23 y 29 años, instrucción secundaria, ama de casa, vive en zona urbana, entre las características obstétricas, el 36% eran nulíparas, el 92% tuvo control prenatal adecuado y solo el 8% recibió educación prenatal y concluye que existen factores sociodemográficos que influyen en la retención placentaria. (13).

**Centurión E, Fernández J. – Lambayeque 2017.** Tesis titulada “Factores de riesgo asociados a Hemorragia Posparto”. Estudio realizado en hospital de

Lambayeque, acerca de factores de riesgo asociados a hemorragia posparto, la población estudiada estuvo constituida por 56 puérperas de puerperio inmediato y en la que 3.58% tuvo una hemorragia posparto y entre los factores asociados están la macrosomía, multiparidad, atonía uterina, trabajo de parto prolongado y restos placentarios (14).

**Alfonso R Chinchá 2015**, con la tesis: “Hemorragia postparto por retención placentaria” en el servicio de Gineco obstetricia en el H. San José de Chinchá, servicio en el que se determina la asociación de la hemorragia posparto y el cuidado de los obstetras basados en evidencias científicas, existen factores de riesgo que predisponen a retención de restos placentarios y desgarros de vagina y perineo y que estos se presentan con más frecuencia en el parto a término (15).

### **1.3.2. Bases Teóricas**

#### **HEMORRAGIA POSTPARTO.**

##### **DEFINICIÓN.**

Dentro de las tres primeras causas de muerte en el mundo tenemos la hemorragia postparto si trae complicaciones sobre todo en mujeres que no ha tenido control prenatal esa hemorragia se da por la pérdida continúa de sangre Qué muestra signos de inestabilidad hemodinámica e hipovolemia (5).

Según la clasificación de la hemorragia está puede darse previo al parto o después del parto.

La hemorragia posparto es aquella que supera los 500 cc de sangrado o los 1000 cc post cesárea y se define como cualquier pérdida que no tiene la posibilidad de

compensarse fisiológicamente, pudiendo generar daño titular en pérdidas hemática de más de 1000cc (12).

El Colegio Americano de Gineco obstetricia la conceptualiza como una disminución del hematocrito a más del 10% después de ocurrido el nacimiento, en relación al valor que se tenía antes del parto.

También algunos autores la consideran como la perdida hemática, mayor a 500 cc en un parto vaginal o mayor a 1000 cc en una cesárea en las primeras 24 horas (16).

### **INCIDENCIA.**

1 de cada 4 muertes maternas se dan por hemorragias durante o alrededor del parto, son casi 135000 muertes por año las que se producen en el Perú, el número de casos de hemorragia en el Perú es más o menos el 10% de los partos y representa la primera causa de muerte materna para el país (17).

### **ETIOLOGIA.**

Luego de producido el parto los diferentes órganos del cuerpo de la mujer se adaptan, en ese caso el útero se retrae sobre la placenta para poder producir de expulsión de la misma, con ello genera tensión con lo que las vellosidades coriales tienden a desprenderse y simultáneamente se producen contracciones con el objeto de expulsar la placenta a través de la vagina. Después de esto el útero realiza la hemostasia de la herida gracias a que se retrae mediante contracciones para comprimir los vasos que forman los trombos, si uno de estas etapas tiene alguna alteración se produce la hemorragia (16).

### **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.**

Alteraciones en los factores de coagulación

## FACTORES DE RIESGO.

Hay factores predisponentes que puede producir atonía uterina (17):

| <b>Problema</b>       | <b>Factor predisponente</b>   |
|-----------------------|---|
| Atonía uterina        | - Factores que predisponen a la sobre distensión como la macrosomía, gestación múltiple, incremento de líquido amniótico o inhibidores de la contracción uterina como el sulfato de magnesio, indometacina, betametasona, además multiparidad, parto precipitado, corioamnionitis, miomatosis uterina, etc. |
| Traumatismo           | - Generados por desgarros de cuarto grado, uso de vácuo, fórceps, macrosomía.   |
| Retención placentaria | - Producto de la adhesión de la placenta de forma parcial total o completa como consecuencia de una cesárea anterior o alguna anomalía.   |
| Inversión uterina     | - Debido a la tracción excesiva durante el expulsivo prolongado.  |
| Rotura uterina        | - Producida por cirugías previas, inadecuado uso de oxitocina o misoprostol, o en un parto obstruido.   |
| Coagulopatía          | - Generado por una infección generalizada, coagulopatías previas, embolia de líquido amniótico, óbitos retenidos, desprendimiento prematuro de placenta.  |

## **CLASIFICACIÓN:**

Se clasifican en dos tipos:

**Hemorragia posparto temprana.** – Pérdida sanguínea que se produce dentro de las 24 horas después del parto, la que causa mayor mortalidad se produce en las dos primeras horas como consecuencias de una atonía uterina, retención placentaria, laceración o hematomas o por la inversión uterina (17,18).

**Hemorragia posparto tardía.** - Se presenta luego del primer día hasta las 6 semanas después del parto, con una frecuencia del 5 al 15% y puede ser generada por restos placentarios, y subinvolución uterina (18).

## **TRATAMIENTO**

Se debe reconocer los factores de riesgo para poder iniciar las medidas preventivas, conocer el tipo de sangre y saber si contamos con los medicamentos necesarios.

### **Manejo de la hemorragia puerperal, según causa.**

- Atonía uterina.
  - Inicialmente se debe realizar masaje uterino luego del cual de manera concomitante debería usarse oxitócicos y misoprostol, en caso haya posibilidad se debe realizar una ecografía de emergencia, si es caso no cede, realizará una revisión de la cavidad uterina, si el sangrado no cesa, una intervención quirúrgica es requerida para la ligadura de las arterias uterinas y una posterior histerectomía de ser necesario (19).
- Traumatismo
  - Reparación de laceraciones y drenaje en caso de hematomas (19).

- Retención de placenta
  - Extracción manual de la placenta en condiciones de asepsia (19).
- Inversión uterina
  - Acción inmediata de reposición utilizando anestesia general (19).
- Rotura uterina
  - Este se evalúa según la paridad y condición de la gestante (19).
- Coagulación
  - Transfundir el paquete globular según requerimiento (19).

En caso estemos frente a una hemorragia, deberíamos determinar la causa, para ello debe examinarse el cuello uterino, la vagina o algún desgarro en alguna de las zonas contiguas, verificar la presencia alguna tumoración en el orificio externo en cuello y del canal del parto, si está intacto y el sangrado continúa debe hacerse un examen bimanual y con mucho cuidado, revisar el contorno del útero para conocer si hay alguna irregularidad, placenta retenida, rotura uterina o alguna posibilidad de coagulopatía, luego de establecer el diagnóstico se debe proceder inmediatamente, sí estamos frente a una atonía uterina se debe utilizar oxitocina, administrarlo en bolo directo para producir un colapso vascular, si el sangrado persiste la posibilidad de una intervención quirúrgica debe ser pensada, para ello se debe administrar cristaloides, coloides, sangre fresca, plaquetas, que permitan mantener estable a la paciente ante la posibilidad de ingresar a sala de operaciones, se debe manejar la función urinaria y monitorizar la presión y el pulso para evitar una hipotensión (16).



## **EXAMENES COMPLEMENTARIOS (18,19).**

- De patología clínica.
  - Hemograma completo, grupo sanguíneo, pruebas cruzadas, perfil de coagulación, pruebas serológicas
- De imágenes.
  - Ecografía obstétrica.

## **RETENCIÓN PLACENTARIA**

### **DEFINICIÓN**

Luego de 30 minutos de haberse producido el parto la placenta debería ser expulsada, si no ocurre ello, se considera que hay una retención placentaria, este tiempo puede reducirse a la mitad si se realiza un manejo activo del trabajo de parto, la incidencia de retención placentaria es de 2% de los partos (20).

### **ETIOPATOGENÍA.**

Las fibras musculares del útero se contraen durante el alumbramiento con el propósito de disminuir el sangrado, junto a ellos de manera progresiva el miometrio se engrosa, ello hace de que la placenta tienda a separarse debido a que la superficie en la que está adherida se contrae, como consecuencia de ello el útero se hace firme y globuloso. Este proceso dura aproximadamente entre 15 y 30 minutos en los cuales se presenta una pérdida sanguínea de 500 a 800 ml, a medida que la placenta se separa del útero (7,8,20).

En caso el útero falle en la contracción se producirá la atonía uterina.

La placenta no se desprende por qué:

- No hay una construcción adecuada.
- Hay algunas alteraciones uterinas.
- La placenta no está adecuadamente insertada.
- Hay una tensión por partos prematuros en casos de una gran distensión uterina (9, 12).

### **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FISIOPATOLOGÍA.**

#### **Distocias dinámicas en retención total de placenta.**

Este se produce debido a una insuficiencia en la fuerza de la contracción, estas causas pueden ser de origen local, como por el uso de drogas sedantes, alguna malformación congénita, infección amniótica, agotamiento, multiparidad, obesidad, distensión de las fibras musculares después de un parto prolongado (13, 15).

#### **Anillos de contracción.**

Se debe a una contracción en una zona circular del útero sin tener una causa evidente, se puede darse por un desprendimiento prematuro por la administración de drogas oxitócicas y en algunos casos la hemorragia puede presentarse por encima del anillo impidiendo de que el útero se retraiga y comprima los vasos sanguíneos (17).

### **Distocia anatómica.**

Esto se produce por la pobre adhesión de la placenta, que se presenta de forma anormal debido a procesos inflamatorios o intervenciones quirúrgicas que desprenden el lugar anatómico donde debió adherirse la placenta (14).

### **Fisiopatología del Acretismo.**

La capa fina que se sitúa entre la decidua basal y el corion denominada capa de Nitabuch está ausente o tiene una deficiencia que produce acretismo, además el endometrio no se puede reconstituir lo que produce la posibilidad de un acretismo sea más alto (14).

### **Defectos de la coagulación.**

La disminución de fibrinógeno causa problemas de coagulopatía que debe ser tratada inmediatamente para evitar una evolución fatal (7,13).

### **CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.**

El diagnóstico depende del manejo que se dé durante el alumbramiento, se observa que el útero está blando, o en algunos casos presenta irregularidades (19).

### **EXÁMENES AUXILIARES**

#### **Ultrasonido y Eco Doppler.**

El ultrasonido es un método de primera línea para poder valorar la vascularización materno-fetal, con alta sensibilidad y especificidad en el diagnóstico, dentro de los

signos sugerentes de acretismo placentario tenemos: una pérdida de la homogeneidad en los espacios hipo ecogénicos del miometrio, en la interfase retro placentario y en la serosa uterina (7).

### **Resonancia Magnética.**

Método diagnóstico seguro porque no emite una radiación ionizante al feto. Es costoso (7).

## **TRATAMIENTO.**

### **Uterotónicos.**

Si la placenta no es expulsada luego el tiempo determinado se debe realizar una estimulación con oxitocina buscando que el útero se contraiga, inicialmente se debe inyectar de manera intravenosa 10 a 20 UI de oxitocina, si luego de ello no se produce la expulsión de la placenta deberíamos sospechar en una retención placentaria por lo que debemos tener como primera posibilidad la extracción manual de placenta (13,15,16).

### **Extracción manual de placenta.**

Es un acto de emergencia que se realiza debido a la hemorragia que se produce por la retención de la placenta luego de un manejo activo y que puede estar generado por un acretismo placentario, para ello se requiere de personal capacitado que pueda realizar diversas maniobras y permitan la extracción manual de la placenta, en estos casos se realiza la maniobra de Brandt. Se ejerce presión con la palma de la mano por encima del pubis y con la otra mano se debe ejercer la tracción desde el cordón

umbilical, se debe hacer un masaje uterino combinado y se debe registrar la cantidad de restos que salen y en todo en todo caso monitorizar el sangrado vaginal y continuar con el tratamiento antibiótico. Si el sangrado disminuye se realiza seguimiento a la paciente, pero en caso este no cede se podría pensar en la posibilidad de tratamiento quirúrgico, laparotomía o histerectomía total o parcial (2,3).

#### **Legrado uterino.**

Se realizará cuando al examinar la placenta está se encuentre incompleta (7).

#### **Histerectomía.**

Se realizará cuando se diagnostique que la retención de placenta es ocasionada por acretismo placentario (7).

#### **Embarazo con COVID-19**

Diversas investigaciones relacionadas al embarazo y COVID-19 prefieren que la gestante presenta fiebre y dolor muscular por lo que debe ser asistida en una unidad de cuidados intensivos dentro de las afecciones preexistentes se presentan con mayor frecuencia gestantes con diabetes hipertensión sobrepeso o alguna complicación que la COVID-19 puede agravar (5).

#### **Riesgos para los neonatos y las mujeres**

En la investigación se concluye que las embarazadas o las puérperas con COVID – 19 tenían más probabilidades terminar la gestación prematuramente. Asimismo, se muestra también que uno de cada cuatro bebés de mujeres con COVID – 19 fue

trasladado a la una unidad neonatal, si bien faltan datos sobre las causas de los partos prematuros o indicaciones sobre el ingreso de esos recién nacidos a las unidades neonatales. Con todo, las tasas de mortalidad prenatal y neonatal eran bajas (3).

### **Implicaciones para la atención de salud**

Es de mucha importancia que los proveedores de atención de salud sean conscientes de que las mujeres gestantes con COVID – 19 y sus neonatos son más susceptibles de necesitar atención especializada.

Además, es crucial hacer hincapié en que debe garantizarse el derecho de toda mujer, tenga o no COVID – 19, a un parto que constituyan experiencias positivas. Asimismo, es importante reconocer el mayor estrés y ansiedad causados por la COVID-19, que pueden afectar de modo especial a las gestantes, las que acaban de dar a luz, a sus parejas, hijos y familias; los proveedores de atención de salud tienen la función de atender a las embarazadas de forma adecuada y compasiva (3,10).

## **CAPÍTULO II**

### **CASO CLÍNICO**

#### **2.1.- Objetivo:**

##### **Objetivo General**

- Determinar los factores asociados a la retención placentaria en gestante de 38 semanas con COVID – 19 positivo. Establecimiento de salud ESSALUD 2020.

##### **Objetivos Específicos**

- Determinar los factores socio demográficos de la retención placentaria en gestante de 38 semanas con COVID – 19 positivo.
- Describir los factores obstétricos de la retención placentaria en gestante de 38 semanas con COVID – 19 positivo.

## **2.2.- Datos relevantes del caso clínico.**

Fecha: 29/08/2020

Hora: 23:45

### **ANAMNESIS.**

#### **Datos de Filiación:**

Edad : 35 años.

Estado Civil : Conviviente.

Grado de Instrucción : Superior técnica.

Ocupación : Cosmetóloga.

Lugar de procedencia : Talara- Piura.

Distrito : Chorrillos

Lugar de Control Prenatal : Policlínico Rodríguez Lazo

#### **Relato cronológico:**

Paciente gestante de 35 años, ingresa al servicio de emergencia, acompañada de familiar, presentando dolor tipo contracción uterina cada 5 minutos la cual se irradia a región dorso lumbar, de regular intensidad, además refiere pérdida de tapón mucoso desde hace +/- 5 horas. Se solicita Prueba rápida para COVID 19 teniendo como resultado: IgM (+), IgG (-), paciente es trasladada a área diferenciada para gestantes COVID 19 positivo.

### **ANTECEDENTES**

#### **Fisiológicos:**

Apetito : Disminuido

Sed : Disminuido

Sueño : Normal

Deposiciones : Normal



Diuresis : Normal

Hábitos Nocivos:

Alcohol (-) Tabaco (-) Drogas (-)

Antecedes de Transfusiones : Niega

Antecedentes Patológicos:

Diabetes Mellitus : Niega

Tuberculosis : Niega

Hipertensión arterial : Niega

Asma : Niega

Infección por Hepatitis B : niega

Infección por VIH : niega

Obstétricos: FUR : 09/12/2019, FPP: 15/09/2020, G4 P2012,

G1: 2010 Parto Vaginal, peso 3900g, sin intercurrentia

G2: 2008 Parto Vaginal, peso 3700g, sin intercurrentia

G3: 2018 LU por Aborto Retenido

G4: Actual Gestación única activa de 38 semanas por FUR.

**Antecedentes Familiares:**

Padre : Falleció de Infarto agudo de miocardio hace 5 años

Madre : 65 años, Hipertensa desde hace 6 años.

Hermanos : Niega

Pareja : 40 años, chofer. aparentemente sano.

**Exploración Física:**

Conjuntiva : Sonrosada

Piel : Caliente

Mamas : Simétricos, turgentes, pezones formados.

Tórax : Se aprecia aumento de frecuencia respiratoria

Abdomen : Grávido – AU: 35 cm – LCD FCF: 142 x'

Mov. Fetal: presente ++, DU: 2/10/25`/ ++

Genitales Externos : SV (-), PLA (-), Se evidencia mucosidad.

Tacto vaginal : D: 3 cm, I: 50%, AP: - 2 MO: Integras.

Miembros Inferiores: Sin edema

Funciones Vitales : PA: 100/60mmHg, Fc: 99 x', Fr 22x', T°: 37.4 °C

SO2: 98%

**Pruebas Complementarias:**

Ninguna.

**Diagnóstico de Emergencia:**

- Gestante multípara de 38sem x FUR
- Fase latente del trabajo parto
- COVID 19: Positivo (Prueba Rápida)

Indicaciones de Emergencia: Paciente queda en Observación Sala de partos en zona de aislamiento para COVID 19. positivo

- NPO

- Control de funciones vitales.
- Aislamiento estricto
- Pruebas de laboratorio.
- Preparar para parto vaginal.

**Evolución:**

01:00 hrs. PA: 107/65mmHg, DU 2/10/++/25”

TV: D: 3 cm, I: 80 %, AP: - 2, MO: Integras

03:00 hrs. TV: D: 5 cm, I: 80 %, AP: - 2. Membranas integras.

Se apertura partograma y se comunica al personal.

06:00 hrs. PA: 100/60mmHg, DU 3/10/++ /30”

TV: D: 7 cm, I: 50%, AP: - 2, MO: Integras

**(SERV. EMERGENCIA)**

**30/08/2020 Turno Mañana**

08:00hrs. Gestante en área de aislamiento por COVID 19 positivo asintomática,

con contracciones uterinas de poca intensidad, perdida de tapón mucoso

NO se permite acompañamiento de familiar.

Al examen: LOTEPE, AREG

PA:110/70 mmHg FC: 88x’ FR: 22x’ T°36.9 °C SO2: 98%

Abdomen: FCF: 140x’, MF: Presentes, AU: 35cm, DU: 3/10/++/30”

Genitales: Tacto vaginal D:8cm, I:90%, AP: -1, MO: Integras

10:00 hrs Paciente en ambiente aislado.

Funciones vitales:

PA: 110/70 mmHg, FC: 80 x’, T°: 36.6 °C, FR: 20x’, SO2: 98%

Abdomen: FCF: 148x’, MF: presentes, AU: 35cm, DU: 3/10/+++/35”

Se produce Rotura Espontanea de Membranas: Liquido claro.

**10:45 hrs.** Paciente refiere sensación de pujo.

FCF: 148x' 3/10/+++/40''

Al Tacto Vaginal: D: Completa I:100%, AP: 1, MO: Rotas liquido claro.

Se comunica a medico de turno pasa a sala de expulsivo.

**11:00 hrs.** Se produce parto eutócico, atendido por medico asistente y equipo de obstetras con equipos de protección personal (EPP) completos, rn de sexo masculino de 3800 grs. circular de cordón ajustado. No se realiza contacto precoz por indicación de neonatólogo, RN pasa directo a Neonatología previa identificación pelmatoscópica. Sangrado vaginal aproximadamente 300 cc

**11:01 hrs.** Obstetra evalúa abdomen, útero contraído, fondo lateralizado a la derecha medico ginecólogo indica se aplique 10UI Oxitocina IM para alumbramiento dirigido y 30 UI oxitocina en frasco de NaCl 9% x1000. FV: PA:100/70 mmHg, Pulso 90x'

**11:11 hrs.** Se realiza maniobra de Brand, se evidencia resistencia placentaria, presenta sangrado vaginal en poca cantidad de color rojo rutilante. No signos de desprendimiento placentario

PA: 110/74 mmHg, FC 88x', FR 20x', T° 36.6, SO2 98%

**11:25 hrs.** Se realiza nuevamente maniobra de Brand, la resistencia placentaria persiste, sangrado vaginal se incrementa. Se comunica a jefe de Emergencia para solicitar sala de operaciones en área COVID.

Se procede a la colocación de una segunda vía con Cloruro de sodio al 9% 1000 cc en miembro superior izquierdo.

PA: 122/80 mmHg, FC 90x', FR 22x', T° 36.7, SO2 97%

**11:30 hrs.** Se realiza toma de muestra sanguínea para pruebas cruzadas y riesgo quirúrgico, se comunica a familiar.

Al examen: LOTEP, AREG, piel pálida y fría

PA: 110/70 mmHg FC 100x' FR 22x' T° 36.6SO2 94%

Abdomen: Útero contraído aumentado de tamaño.

Genitales: Se evidencia salida de cordón umbilical clampado con pinza presenta sangrado vaginal en regular cantidad, rojo rutilante aproximadamente (450 cc)

**11:40 hrs.** Sube a sala de operaciones COVID., Hb. 8 gr/dl con diagnóstico:

Puérpera Inmediata COVID positivo

Retención Placentaria

Anemia Severa

Shock Hipovolémico

Plan; compensación hemodinámica, y evaluación en SOP.

**Sala de Operaciones.**

**Fecha: 30/08/20**

Operación se inicia a las 12 horas con anestesia general, se realiza la revisión de cordón umbilical, cuello uterino, cavidad uterina, se realiza laparotomía, histerectomía subtotal, sangrado intraoperatorio, aproximado de 350 cc y con hora de finalización a las 13:30 horas

**TRATAMIENTO.**

**30/08/2020 13:30hrs.**

- NPO.
- Control de funciones vitales con monitor multiparámetro.
- Cloruro de sodio al 9% x 1000ml + 10 UI Oxitocina

- Segunda vía de Poligelina 500cc
- Misoprostol 1 tableta.
- Sonda Foley.
- Transfusión de dos paquetes globulares O Positivo.
- Hidrocortisona 500ml,
- Oxigenoterapia 10Ipm MR

### **REPORTE OPERATORIO**

Hora de Inicio: 12:00

Hora de término: 13:30

Diagnostico preoperatorio:

- Púérpera inmediata de 35 años de edad
- COVID 19 positivo,
- Hemorragia puerperal por retención placentaria.

Operación propuesta: Histerectomía sub total

Operación realizada: Histerectomía subtotal

Hallazgos:

Sangrado intraoperatorio +/- 600ml

Rp: En la Unidad de recuperación post operatorio

- NaCl 9% mil 3 frascos I II III
- Cefazolina 1gr vía EV cada 6 horas
- Metamizol 1g vía EV cada 8 horas
- Metoclopramida 10 mg vía EV cada 8 horas

- Sonda Foley permeable
- Funciones Vitales en hoja aparte
- Control de diuresis cada hora en hoja aparte

## **UNIDAD DE RECUPERACIÓN**

**14:00hrs.**

Ingresa paciente mujer de 35 años, COVID positivo, puérpera de horas, operada de histerectomía abdominal subtotal, por presentar hemorragia puerperal de origen placentaria más shock Hipovolémico; ingresa en regular estado general.

Al examen: PA: 120/80 mmHg - FC: 100 x min – T°: 36 °C - SO<sub>2</sub> 94%

Palidez (++), regular estado general, responde lentamente al llamado, con mascara de reservorio.

Abdomen: Blando depresible, doloroso a la palpación, apósitos HO secos.

Genitales: Escaso sangrado vaginal, sonda Foley permeable, orina turbia(120cc).

Problemas en remisión.

Se comunica a familiares del estado de la paciente.

### **2.3. Discusión**

La hemorragia postparto es la pérdida hemática causada por el parto que compromete la hemodinamia que se ve comprometida por la cantidad y velocidad de sangre que se pierde por el nivel de hemoglobina el estado de hidratación que presenta la madre.

Si bien son ampliamente conocidos los factores de riesgo para la HPP, muchas veces es impredecible y puede ocurrir en mujeres que no tengan ningún factor de riesgo, por lo que amerita que el equipo de salud este entrenado para la resolución de estos problemas, manejo de las claves rojas y una rápida reacción que permita la reducción del daño en la mujer.

La capacidad de resolución es importante, cada minuto es decisivo y dependerá del diagnóstico clínico sobre el estado hemodinámico la cual se debe de intentar cuantificar, luego de ello valorar la repercusión que genera en el estado de la paciente por lo que debemos evaluar parámetros como la diuresis frecuencia cardíaca presión arterial.(6,7) muchos autores coinciden que este es el fundamental requisito para disminuir complicaciones, pues la cuantificación en muchos de los casos se hace en forma subjetiva, generando una falsa confianza en el manejo terapéutico.

En este tiempo de pandemia, la atención de las gestantes con COVID 19 positivo, se ha visto afectada por las medidas de bioseguridad, protocolos que indican el chance del parto vaginal, aceleración de los periodos del parto y el temor de contagio del personal de salud a cargo, restringiéndose procedimientos y evaluaciones y como hemos observado en el presente caso, se presentó la



hemorragia posparto por el uso excesivo de oxitócicos antes de la expulsión de la placenta.

#### **2.4. Conclusiones**

- El tener un área diferenciada para los casos de COVID 19 positivos es muy importante ya que la paciente pudo ser atendida por el profesional de salud teniendo los cuidados que corresponden para dichos casos.
- El uso excesivo de oxitócicos fue determinante para la retención de la placenta
- No se realizó examen ecográfico al momento de la atención de la gestante ya que esta podría haber determinado si existía una inserción patológica con la placenta.
- Las retenciones placentarias conllevan al aumento de pérdida sanguínea la cual tiene que ser repuesta en forma inmediata.
- El actuar del personal de salud fue oportuno ya que se pudo evitar una muerte materna por shock hipovolémico.

## **2.5 Recomendaciones**

- La atención oportuna y eficiente que cada mujer debe recibir durante la gestación es lo que va a permitirnos disminuir la cantidad de casos de enfermedad y Muerte en una mujer sobre todo en tiempos de pandemia.
- Es por ello que es importante proveer capacidad a los especialistas para que puedan atender diversas complicaciones que se presentan durante las 24 horas del día.
- Se debe fortalecer la capacidad resolutive que existe en las diferentes instituciones de salud existen en el país de acuerdo a las funciones obstétricas primarias y básicas que se han implementado.
- El equipo multidisciplinario debe tener las competencias que le permitan cumplir mejor su función y asegurar que la respuesta ante la emergencia sea oportuna y adecuada y así brinde seguridad a la madre al recién nacido y también al personal de salud en tiempos de COVID-19.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el niño y el adolescente (2016-2030). Todas las mujeres, todos los niños. [Internet]. 2015. [citado el 25 de febrero del 2019]. Disponible en: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/women-deliver-globalstrategy/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/women-deliver-globalstrategy/es/)
2. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica para la atención de Emergencias Obstétricas según nivel de Atención, MINSA, editor. Lima.; 2008.
3. OMS, 2020. Manejo clínico de la infección respiratoria aguda grave (IRAG) en caso de sospecha de COVID-19
4. Quezada, J. (2020). Utilidad del Score Macas en Embarazadas Con Covid 19. *InterAmerican Journal of Medicine and Health*, 3. <https://doi.org/10.31005/iajmh.v3i0.103>
5. Ikema L, et al. Niveles y tendencias mundiales, regionales y nacionales de la mortalidad materna entre 1990 y 2015, con proyecciones basadas en escenarios hasta 2030: un análisis sistemático del Grupo Interinstitucional de Estimación de la Mortalidad Materna de las Naciones Unidas. *Lanceta*. 2016; 387 (10017): 462-74
6. González-de la Torre H. et al. Recomendaciones y manejo practico de la gestante con COVID-19: alcance revisión. *EnfermeríaClínica*. 2020.<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.009>
7. Solari A. Hemorragia del postparto: Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. *Revista médica Clínica Las Condes*. 2014 Noviembre; 25(6).
8. Morau E, et al. Mortalidad Materna por Hemorragia, resultados confidenciales de muertes maternas en Francia 2017.
9. Camacho F RJ. Recomendaciones internacionales para el tratamiento médico de la hemorragia postparto. *Revista facultad de Medicina*. 2016; 64(1).
10. Bustillo M AN. Hemorragia postparto por causas diferentes a atonía uterina severa en el Hospital Escuela Universitario de Tegucigalpa. *Revista Facultad ciencias Médicas*. 2013 Diciembre.
11. Guevara Ríos, Enrique et al. Anticuerpos anti-SARS-COV-2 en gestantes en un hospital nivel III de Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, [S.l.], v. 66, n. 3, oct. 2020. ISSN 2304-5132.
12. Vera Loyola, Edy et al. Gestación en tiempos de pandemia COVID-19. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Lima, Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, [S.l.], v. 66, n. 3, oct. 2020. ISSN 2304-5132.
13. Olivera. K : Características Sociodemográficas y Obstétricas de Púerperas que presentaron Retención Placentaria en el Centro de Salud El Tambo 2017 y 2018, Huancavelica
14. Centurión E, Fernández J. en la investigación “Factores de Riesgo asociados a Hemorragia Postparto. Hospital Docente Belén - Lambayeque, 2017

15. Alfonso R. Hemorragia post parto por retención placentaria en el servicio de Gineco-obstetricia en el hospital San José de Chíncha, 2015. Universidad Privada Arzobispo Loayza Facultad de Ciencias de la Salud; proyecto de segunda especialidad en atención obstétrica de la emergencia y cuidados críticos Ica, Perú, 2016
16. Romero JP. Ginecología Obstetricia y Reproducción. Segunda ed. editor. Lima: REP SAC.; 2014.
17. Salud Md. Guías de práctica clínica para la atención de Emergencias Obstétricas según nivel de Capacidad resolutive. Lima: MINSA; 2007.
18. Obstetricia de Williams. 23rd ed. Mexico: McGraw-Hill; 2011.17.
19. Távara-Orozco L. Cuidados obstetricos de emergencia como estrategia para la reduccion de la muerte materna.Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Vol 54 N° 4, 2008.
20. García-Lavandeira S, Álvarez-Silvares E, Rubio-Cid P, Borrajo-Hernández E. Hemorragia posparto secundaria o tardía. Ginecol. obstet. Méx. [revista en la Internet]. 2017 [citado 2021 Nov 27] ; 85( 4 ): 254-266. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0300-90412017000400007&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000400007&lng=es).20.