



**UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI**

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN**

**FACULTAD DE CIENCIAS**

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD REPRODUCTIVA**

**TRABAJO ACADÉMICO**

**HEMORRAGIA POSTPARTO POR ATONÍA UTERINA EN  
UNA PUÉRPERA ADOLESCENTE, HOSPITAL SAN  
BARTOLOMÉ, LIMA – 2024**

**PRESENTADO POR:**

**DORA VILMA ESCALANTE ORTIZ**

**ASESORA:**

**MG. MARIA DEL PILAR ASAN VELASQUEZ**

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

**MOQUEGUA-PERÚ**

**2024**



**Universidad José Carlos Mariátegui**  
**FACULTAD DE CIENCIAS**  
**“UNIDAD DE INVESTIGACIÓN”**

*“Año de la Recuperación y la Consolidación de la Economía Peruana”*

00023-2025

**CERTIFICADO DE ORIGINALIDAD**


La que suscribe, en calidad de Jefe de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias, certifica que el: Trabajo de Investigación (\_\_\_) / Tesis (\_\_\_) / Trabajo de Suficiencia Profesional (\_\_\_) / Trabajo Académico (X), titulado **“HEMORRAGIA POSTPARTO POR ATONÍA UTERINA EN UNA PUÉRPERA ADOLESCENTE, HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ, LIMA - 2024”** presentado por la aspirante: **ESCALANTE ORTIZ, Dora Vilma**, para obtener el: Grado Académico (\_\_\_) / Título Profesional (\_\_\_) / Título de Segunda Especialidad (X) en: **SALUD REPRODUCTIVA CON MENCIÓN EN INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA, ALTO RIESGO OBSTÉTRICO Y MONITOREO FETAL**, asesorado por la Mg. María del Pilar Asan Velásquez, designada con Resolución Directoral N° 0972-2024-DEPG-UJCM, fue sometido a revisión de similitud textual con el software TURNITIN obteniendo un porcentaje del **25%**, el cual se encuentra dentro de los parámetros **PERMITIDOS** por la Universidad José Carlos Mariátegui, de conformidad a la normativa interna, considerándolo apto para su publicación en el Repositorio Institucional.

Se expide la presente para los fines pertinentes.

Moquegua, 14 de enero de 2025



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI  
FACULTAD DE CIENCIAS

  
Dr. LUIS DELFIN BERMEJO PERALTA  
JEFE (e) DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

## ÍNDICE DE CONTENIDO

Página del jurado	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE DE CONTENIDO	iv
RESUMEN	vi
CAPÍTULO I PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	7
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	7
1.2 JUSTIFICACIÓN	9
1.3 MARCO TEORICO	10
1.3.1 ANTECEDENTES	10
ANTECEDENTES INTERNACIONALES	10
ANTECEDENTES NACIONALES	11
1.3.2 CONCEPTOS BASICOS DE LA ENFERMEDAD O EVENTO	13
GENERALIDADES	13
FISIOPATOGENIA	13
DIAGNÓSTICO	14
FACTORES DE RIESGO	15
ATONÍA UTERINA EN LA ADOLESCENCIA	15
MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA ATONÍA UTERINA	16
PREVENCIÓN DE LA ATONÍA UTERINA	18
CAPÍTULO II CASO CLÍNICO	20
2.1 OBJETIVOS	20
OBJETIVO GENERAL	20

OBJETIVOS ESPECIFICOS	20
2.2 SUCEOS RELEVANTES	21
2.3 DISCUSIÓN	37
2.4 CONCLUSIONES	41
2.5 RECOMENDACIONES	42
BIBLIOGRAFÍA	44

## RESUMEN

El presente caso clínico aborda como tema de investigación la hemorragia uterina por atonía uterina, patología cuyo tratamiento inadecuado puede derivar la muerte de la madre. **Objetivo:** Evaluar la forma en que se realiza el manejo clínico y terapéutico de la hemorragia uterina por atonía uterina en una puérpera adolescente atendida en el Hospital San Bartolomé, Lima 2024. **Resultados:** Adolescente primigesta, de 17 años, con 38 semanas de embarazo, que ingresó por emergencia refiriendo pérdida de líquido amniótico, acompañado de dolor tipo contracción uterina. La gestante fue hospitalizada, en trabajo de parto activo, con dilatación de 4 cm y RPM mayor a 4 horas, procediéndose a la inducción del parto con oxitocina, obteniendo un recién nacido vivo de sexo masculino, con 3455 gramos y Apgar 9' y 9'. Tras el parto, se realizó un alumbramiento dirigido, agregándose 30 UI de oxitocina en solución salina para administrarse por vía endovenosa, pero el sangrado persistió por hipotonía uterina, procediendo a administrarse 10 UI de oxitocina adicional acompañado de masaje uterino bimanual. La evolución fue favorable y el alta se dio a los tres días del parto. **Conclusiones:** La atonía uterina constituye una grave complicación del puerperio, y es la principal causa de hemorragia, por lo que debe atenderse oportunamente como en el presente caso clínico.

**Palabras claves:** Atonía uterina, Complicaciones del parto, Hemorragia obstétrica, Oxitocina, Puerperio.

## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

Los casos de atonía uterina pueden presentarse en aproximadamente 1 de cada 20 partos(1) y es una de las causas más frecuentes de hemorragia posparto, siendo responsable de hasta el 80% de los casos(2). Durante estos episodios, se pueden perder entre 500 y 600 mL de sangre por minuto, lo que contribuye al 50% de las muertes maternas en países con recursos limitados(1).

Tanto los factores de riesgo asociados como la incidencia varían según el entorno, por ejemplo, en los Estados Unidos, la atonía uterina se presenta en aproximadamente 2,5% de los nacimientos y en Madagascar, su incidencia es de alrededor del 0,73%(2). Por otro lado, el tratamiento se basa de acuerdo al grado de afectación del estado hemodinámico de la paciente y puede ser médico o quirúrgico, llegando incluso a una histerectomía(1).

Respecto a los países de altos ingresos, se ha notado un aumento de casos presentado de hemorragia posparto en la población general en los Países Bajos.

La incidencia en este país es del 6,4%, lo que es relativamente bajo en comparación con la incidencia de 10,7% en Australia pero considerada una cifra alta en comparación con Noruega y Estados Unidos de 1,1% y 4,1%, respectivamente(3). Este último país tiene una de las tasas más elevadas de mortalidad materna entre los países desarrollados, con alrededor del 11% de todas las muertes maternas relacionadas con hemorragia posparto(4).

Según los estudios realizados por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia en América Latina, se concluyó que la tasa de mortalidad materna debida a hemorragias posparto es significativa y varía entre el 30% y el 50% en distintos países con situaciones similares, siendo considerada también como la principal causa de muerte materna, ocurriendo mayormente en las primeras 24 horas luego del parto(5).

Si bien en los países en vías de desarrollo, la hemorragia posparto que resulta en la muerte materna ocurre en 1 de cada 1.000 partos, a nivel del Perú, esta tasa se encuentra alrededor de las 93 muertes por cada 100.000 nacidos vivos(6). Asimismo, el Centro Nacional de Prevención de Epidemiología y Control de Enfermedades señala que, en los últimos 3 años, la frecuencia de la hemorragia posparto ha variado, y los informes estadísticos indican que la atonía uterina es la causa más común de esta complicación. En 2019, la hemorragia posparto fue la principal causa de muerte materna representando el 25,9%. En 2020, se ubicó en segundo lugar con 19,5% y en 2021 volvió a ser la principal causa con 19,3%(6). Asimismo, en el año 2023 se registraron 264 muertes maternas, de las cuales el 21,8% fueron atribuibles a hemorragia obstétrica(7).

Basados en este panorama, en el presente estudio se desarrolló un caso clínico para abordar el tema de la hemorragia posparto por atonía uterina, con el fin de

enriquecer la literatura médica y ofrecer una perspectiva detallada y contextualizada de la enfermedad, especialmente para el caso de una adolescente atendida en el Hospital San Bartolomé; ya que es una complicación de interés para los obstetras especialistas debido a la frecuencia con que se presenta y los graves problemas que puede conllevar si no se brinda un tratamiento adecuado y oportuno.

## **1.2 JUSTIFICACIÓN**

La hemorragia posparto (HPP) es una de las principales causas de mortalidad materna a nivel mundial, y la atonía uterina es su causa más común. Un caso clínico bien documentado puede proporcionar conocimientos específicos sobre la fisiopatología, factores de riesgo, signos y síntomas, así como la respuesta del cuerpo a las intervenciones terapéuticas. Además, los casos clínicos contribuyen al entendimiento de las variaciones en la presentación clínica y en la respuesta a los tratamientos, lo que puede guiar a los profesionales en la toma de decisiones clínicas en situaciones similares.

Desde un enfoque práctico, un caso clínico sobre hemorragia posparto por atonía uterina puede servir como una herramienta educativa tanto para obstetras en formación como para aquellos en práctica activa. Al documentar un caso real, se puede ilustrar la aplicación de guías y protocolos en un contexto clínico específico, resaltando la importancia de la identificación temprana y el manejo adecuado. Este tipo de estudios también pueden ayudar a mejorar la capacidad de los equipos de salud para manejar situaciones críticas, optimizar el uso de recursos, y fomentar la adopción de prácticas basadas en evidencia para mejorar los resultados maternos.

Metodológicamente, los casos clínicos son un componente esencial de la



investigación médica cualitativa. Permiten un análisis detallado de un único evento clínico, lo que facilita la exploración de hipótesis sobre la efectividad de intervenciones, el análisis de factores contributivos, y la identificación de áreas de mejora en la atención médica. Además, la presentación de un caso clínico bien estructurado puede guiar futuras investigaciones, sugiriendo nuevos enfoques de estudio, hipótesis a investigar o áreas que requieren mayor atención. Documentar un caso de HPP por atonía uterina también puede ayudar a refinar los métodos de diagnóstico y tratamiento, y contribuir al desarrollo de nuevas estrategias preventivas y terapéuticas.

### **1.3 MARCO TEORICO**

#### **1.3.1 ANTECEDENTES**

##### **ANTECEDENTES INTERNACIONALES**

**Millan A, et al.** en el 2022 en México, reportaron un caso clínico de una gestante de 16 años con 37 semanas de gestación, quien ingresa al hospital presentando dilatación de 6 cm, borramiento del 70%, estación +1 y membranas íntegras, por lo cual se decide realizar monitoreo de parto. Luego de 5 horas, se encuentra con dilatación completa resultando en el nacimiento de un recién nacido con 2650 gr de peso, Apgar 7/9 y 48 cm de talla; sin embargo, a pesar de las maniobras y del uso de oxitocina, carbetocina y misoprostol, la paciente presenta atonía uterina, el cual persiste y resulta en hemorragia postparto. Se decide realizar ligadura bilateral del tronco anterior de la arteria hipogástrica, logrando que se recupere el tono uterino de manera inmediata y detener la hemorragia. Tras 3 días de hospitalización y no presentar complicaciones, la paciente es dada de alta (8).

**Peralta M.**, en el 2021 en Ecuador, reportó el caso de una primigesta añosa de 36 años de edad con 38 semanas atendida en un hospital nacional de dicho país por presentar un cuadro clínico de sangrado vaginal abundante posterior al parto de cinco horas de evolución como consecuencia de una hipotonía uterina. Se reportó que el recién nacido estaba vivo, con un peso de 2750 gramos y Apgar de 8' pero sin evidenciar sufrimiento fetal. La hemorragia fue controlada con la activación del código rojo, mediante la aplicación de medicamentos uterotónicos y traje antishok, alcanzando la estabilidad hemodinámica a las 24 horas, aunque con una anemia moderada, la cual fue atendida mediante administración de hierro intravenoso, dándose el alta a las 48 horas.(9)

**Mosquera S.** en el 2019 en Ecuador, reportó un caso clínico de una gestante de 20 años con 41 semanas de gestación, quien acude a emergencias por presentar dolor tipo contracción de leve intensidad, dilatación de 2cm, borramiento del 40% y membranas íntegras, y se decide realizar inducción del trabajo de parto. Luego de 6 horas, se encuentra con dilatación completa resultando en el nacimiento de un bebé de sexo femenino con 3500 gr de peso. Tras 2 horas de postparto, la paciente presenta pérdida de sangrado vaginal en abundante cantidad más útero flácido y blando, por lo que se indica administración de uterotónicos y masaje uterino, logrando la contracción del útero y mostrando mejoría sin complicaciones. Como resultado, la paciente es dada de alta tres días después de su ingreso hospitalario(10).

## **ANTECEDENTES NACIONALES**

**Pérez Y.** en el año 2024, en Lima, presentó un caso clínico para describir un caso de hemorragia por atonía uterina presentado en el Hospital María Auxiliadora. El caso trata de una mujer de 29 años, en las 32 semanas de su

tercera gestación, con antecedente de cesárea, que refiere a la anamnesis tener un cuadro de irritabilidad uterina, por lo que se le programó operación cesárea ante la sospecha de un desprendimiento prematuro de placenta. Tras la operación se obtuvo un recién nacido de sexo femenino, con un peso de 2028 gramos, talla 44.5 cm, y Apgar 8' y 9'. A pesar del tratamiento farmacológico proporcionado se reportó atonía uterina, por lo que se activó la clave roja, procediendo inmediatamente a realizar una sutura compresiva. Luego de estabilizar a la púérpera se reportó una Hb menor de 7, por lo que se procedió a hacerle transfusión sanguínea, y alta con indicaciones y consejería programada para nutrición.(11)

**Matamoros R.** en el 2023 en Jauja, reportó un caso clínico de una gestante de 21 años con 38 semanas de gestación, quien ingresa al hospital referida de un puesto de salud para descartar preeclampsia. Se decide hospitalizarla y transcurridas las horas refiere dolor tipo contracción, además, a la evaluación se evidencia dilatación de 6 cm, borramiento del 90% y altura de presentación -3. Tras 1 hora más, la paciente presenta dilatación completa resultando en el nacimiento de un bebé de sexo femenino con 3250 gr de peso, Apgar 8/9 y 50 cm de talla; sin embargo, se observa pérdida de sangrado vaginal abundante por atonía uterina por lo que se realiza compresión uterina bimanual, logrando la contracción del útero y mostrando mejoría sin complicaciones. Como resultado, la paciente es dada de alta tres días después de su ingreso hospitalario(12).

**Pajuelo R.** en el 2020 en Lima, reportó el caso clínico de una gestante de 17 años con 41 semanas de gestación, quien acude a emergencias por presentar dolor en hipogastrio y contracciones uterinas de leve intensidad. Al examen no se evidencia dilatación, borramiento al 70%, altura de presentación -2 y

membranas íntegras, por lo que se decide hospitalizarla y monitorizar el parto. Tras 1 día de evolución, la paciente presenta dilatación completa resultando en el nacimiento de un bebé de sexo femenino con 3762 gr de peso, Apgar 8/9 y 51 cm de talla; sin embargo, se evidencia hemorragia post parto por atonía uterina, por lo que se realiza masaje uterino y compresión bimanual externa, logrando la contracción del útero y mostrando mejoría sin complicaciones. Como resultado, la paciente es dada de alta cinco días después de su ingreso hospitalario(13).

### **1.3.2 CONCEPTOS BASICOS DE LA ENFERMEDAD O EVENTO**

#### **GENERALIDADES**

La atonía uterina ocurre cuando las células miométriales no se contraen adecuadamente en el útero como respuesta a la liberación de oxitocina endógena(14). Generalmente, los músculos del útero se contraen durante el parto para facilitar la salida del bebé y ayudar a expulsar la placenta justo después del nacimiento(2), sin embargo, si esto no sucede o no se contraen de manera efectiva, las arterias espirales pueden continuar sangrando y provocar hemorragia posparto(14).

En este sentido, como primera medida para estimular las contracciones uterinas, el masaje uterino bimanual desempeña un papel crucial al promover la liberación de prostaglandinas producidas por el cuerpo, además de ello, como principal intervención para tratar la hemorragia posparto se considera el uso de oxitocina administrada por vía intramuscular o intravenosa(14).

#### **FISIOPATOGENIA**

El proceso fisiológico se centra en que, durante la contracción y retracción del útero, se reduce la superficie de implantación placentaria, lo que facilita su separación, el

cual en casos donde se realiza de manera total, permanecen numerosos vasos sanguíneos dañados que dependen de las contracciones uterinas para comprimirse y de no ser así pueden provocar el fallo fisiológico llamado atonía uterina(15). Los vasos del miometrio, durante un parto normal, cuentan con un mecanismo de adaptación inmediata para la hemostasia fisiológica y así de esa manera logren contraerse por sí mismos, lo que resulta en la oclusión de las arterias del lecho placentario. Si no se realiza el cierre arterial, se evidenciará un útero flácido en la evaluación física con una mínima o nula respuesta a la estimulación manual, además de la presencia de sangrado de un parto vaginal o tras una cesárea, dentro de las primeras 24 horas del posparto(1).

## **DIAGNÓSTICO**

El diagnóstico adecuado en casos de atonía uterina se establece mediante la presencia de un sangrado continuo, lento e incluso con una pérdida inicial de sangre en mínima cantidad, junto con dolores intensos después de la expulsión del feto y de la placenta, que se intensifican en cuestión de minutos hasta provocar una hemorragia uterina(15). A menudo se subestima la cantidad de sangrado y la importancia de este síntoma, lo que puede provocar diagnósticos y tratamientos tardíos, resultando en consecuencias graves para estas mujeres(16).

Por ello, según los síntomas presentados, se debe realizar un masaje uterino, aplicando presión con una mano en el fondo del útero para evaluar su grado de contracción(17). Este procedimiento se lleva a cabo de inmediato tras la finalización de un parto vaginal o mediante palpación directa en una cesárea, generalmente después de cerrar la incisión uterina(18), donde se observa un útero agrandado y blando al ser palpado, sin señales de laceraciones pero con una dilatación persistente; mientras tanto, las funciones vitales de la mujer se suelen alterar en base

al grado de pérdida sangrado vaginal(15).

En estos casos a través de una rápida revisión de la cavidad uterina se pueden descartar otras posibles causas comunes de manera eficaz como productos gestacionales retenidos o laceraciones obstétricas(18).

### **FACTORES DE RIESGO**

Existen varios factores que favorecen el desarrollo de la atonía uterina, incluyendo la distensión uterina por macrosomía fetal, parto prolongado, parto precipitado, polihidramnios, corioamnionitis, gestación múltiple, índice de masa corporal mayor a 40, uso prolongado de oxitocina e infusiones de sulfato de magnesio(19). Además de ello, se encuentran involucrados factores como la multiparidad, trastornos hipertensivos asociados al embarazo, cesárea previa y la edad mayor o igual a 35 años(7).

No obstante, pueden ser identificados de manera temprana, lo cual permite predecir el riesgo y tomar medidas adecuadas para minimizar las consecuencias en el posparto, reduciendo así la morbimortalidad en las pacientes. Por tal motivo, la prevención debe centrarse en la identificación precoz de estos factores de riesgo y en la planificación de intervenciones necesarias durante la atención del parto(7).

### **ATONÍA UTERINA EN LA ADOLESCENCIA**

En los últimos años, la incidencia del embarazo adolescente ha aumentado, convirtiéndose en un grave problema de salud pública a nivel mundial y nacional debido a su relación con un alto riesgo de desarrollar complicaciones obstétricas y perinatales(20).

En relación a ello, en un estudio realizado en un Hospital Universitario de Guayaquil en Ecuador, se determinó que 37,1% de las adolescentes que experimentaron complicaciones obstétricas durante el parto correspondía a 17 años

y 28,6% de ellas desarrollaron atonía uterina como la complicación más común(21). Asimismo, en el Hospital León Becerra Milagro ubicado en el mismo país, la frecuencia de atonía uterina en adolescentes durante el posparto inmediato fue más alta en las de 14 años, alcanzando un 80%, en contraste con el grupo de adolescentes de 15 años que representaron un 53,3%(22).

Por otro lado, de acuerdo a diversas investigaciones realizadas en Perú indican que las adolescentes, al encontrarse en una etapa de crecimiento, las hace más propensas a desarrollar una atonía uterina en partos distócicos, debido a la inducción del parto y al mayor peso del recién nacidos, y con ello presentar complicaciones como hemorragias puerperales(15). En este sentido, en un estudio llevado a cabo en un Hospital Público de Ica, se evidenció que, en el caso de las cesáreas, la mayoría de las complicaciones fueron atonía uterina y hemorragias, ambas representando el 47,36%. En comparación, con el 4% de los casos de atonía uterina presentadas en los partos vaginales(20).

En nuestro país, específicamente en la Maternidad de Lima, se determinó que los embarazos en menores de 15 años presentan una gran complejidad y son una situación profundamente lamentable ya que se trata de niñas, cuyo cuerpo aún no están desarrollados ni preparados para ser madres(13).

### **MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA ATONÍA UTERINA**

Entre las medidas recomendadas por diversas organizaciones como primeras acciones están el masaje uterino, los medicamentos uterotónicos, el uso de ácido tranexámico y la administración de cristaloides isotónicos endovenosos, por el contrario, si el tratamiento médico no tiene éxito, se aconseja recurrir a medidas quirúrgicas(7). Sin embargo, aún con estas intervenciones y, considerando la magnitud del problema, la hemorragia posparto asociada con la atonía uterina

sigue siendo un problema en todo el mundo, especialmente en los países en desarrollo(2).

El manejo de la atonía uterina debe seguir un enfoque progresivo tras el parto, comenzando con fármacos uterotónicos y técnicas no invasivas, y si es necesario, avanzando hacia procedimientos más invasivos(23). Es crucial actuar rápidamente utilizando técnicas que promuevan la contracción del útero, por lo cual primero, se lleva a cabo un masaje uterino complementado con la administración simultánea de medicamentos uterotónicos(24), entre los que se encuentra la oxitocina, administrada por vía intravenosa o intramuscular, fundamental para controlar la hemorragia posparto causada por la atonía uterina y con una respuesta inmediata del útero tras la administración intravenosa, además de emplear agentes adicionales y prostaglandinas intramusculares como tratamiento de segunda línea(4).

Sin embargo, si se presenta hemorragia y no es controlada, se pueden emplear técnicas invasivas como la embolización selectiva de las arterias uterinas, la ligadura de las arterias hipogástricas y uterinas, y en última opción, la histerectomía(24). Respecto estos métodos, la ligadura bilateral de la arteria uterina es una técnica quirúrgica que consiste en ligar con suturas los vasos uterinos en los bordes laterales del segmento inferior del útero, y la histerectomía, ya sea total o supracervical, puede ser un procedimiento vital para controlar la hemorragia posparto, y son considerados métodos cruciales que salvan vidas(4), No obstante, estas técnicas demandan cirujanos experimentados y equipos especializados, que no siempre se encuentran disponibles en casos de atonía, por lo cual existen otras alternativas para realizar la compresión uterina(24), como la de B-Lynch, llamadas "suturas de refuerzo", descritas por primera vez en 1997 y



muy efectivas para controlar la hemorragia posparto(4), técnica que requiere verificar previamente que el útero deje de sangrar al aplicar una compresión manual desde el fondo uterino con una mano antes de su ejecución, que consiste en colocar suturas en el útero para lograr su contracción(24).

### **PREVENCIÓN DE LA ATONÍA UTERINA**

Se ha comprobado que la administración de un uterotónico y la tracción controlada del cordón umbilical para la expulsión de la placenta en el llamado “Manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto” es considerado como el método de prevención de la hemorragia posparto por atonía uterina, asimismo, resulta beneficioso para reducir la pérdida sanguínea materna y disminuir la necesidad de transfusión sanguínea. No obstante, lo ideal es que la prevención inicie antes del embarazo, identificando los factores que pongan en riesgo la vida de las gestantes en el momento del parto y la identificación de mujeres con alto riesgo, incluidas aquellas que presentan contraindicaciones para los fármacos empleados en la prevención(25).

El uso de fármacos uterotónicos es más efectivo para prevenir la hemorragia posparto causada por atonía uterina, sean empleados como agentes únicos o en combinación, en la cual la administración de oxitocina como medida preventiva se ha asociado con un menor riesgo de hemorragia posparto. Por tanto, la Organización Mundial de la Salud y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, recomiendan que, después del nacimiento, se administre este fármaco como prevención de primera línea y, solo en caso de que produzca la hemorragia o persista luego la administración de oxitocina, se deben añadir los uterotónicos de segunda línea, como misoprostol, ergometrina, metilergonovina, análogos de prostaglandina o ácido tranexámico(25).

En relación a la forma en que debe ser administrada la oxitocina, se discute aún las ventajas del uso de las vías intramuscular y endovenosa. Aunque la oxitocina en ambos grupos de estudio reportan una eficacia similar en términos de prevención de la hemorragia posparto primaria atónica, se ha encontrado que las participantes que recibieron oxitocina intravenosa tienen mayor probabilidad de requerir uterotónicos adicionales para reducir la probabilidad de tener una hemorragia posparto primaria atónica. En cambio, cuando se comparan los efectos secundarios, ambas vías no presentan una diferencia significativa.(26)

Por otra parte, estudios recientes que han evaluado el ácido tranexámico (TXA), medicamento con acción antifibrinolítica, demuestran su capacidad para reducir la pérdida de sangre, la mortalidad asociada al sangrado y las tasas de transfusión en una variedad de entornos clínicos y, por lo tanto, se acepta que puede desempeñar un papel en el tratamiento de la HPP, con un riesgo limitado de eventos adversos; sin embargo, todavía se necesitan estudios adicionales para aclarar aún más el papel del TXA en la prevención de la HPP.(27)

## **CAPÍTULO II**

### **CASO CLÍNICO**

#### **2.1 OBJETIVOS**

##### **OBJETIVO GENERAL**

Evaluar la forma en que se realiza el manejo clínico y terapéutico de la hemorragia uterina por atonía uterina en una puérpera adolescente atendida en el Hospital San Bartolomé, Lima 2024.

##### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar los factores de riesgo más relevantes para que una puérpera adolescente desarrolle atonía uterina.
- Reconocer las principales complicaciones maternas que pueden generarse por la atonía uterina.
- Identificar el manejo terapéutico que se debe aplicar en una puérpera que presenta atonía uterina.
- Describir cómo evoluciona la gestante adolescente desde que hace su ingreso al establecimiento hasta que se le da el alta.

## 2.2 SUCESOS RELEVANTES

### Datos generales

Paciente : LCE  
Edad : 17 años  
Paridad : G1 P0000  
FUR : No confiable  
FPP : No confiable  
Procedencia : Los Olivos  
Situación civil : Soltera  
Grado de instrucción : Secundaria completa

### Motivo de consulta

Paciente acude por emergencia refiriendo pérdida de líquido amniótico desde las 2:30 am., acompañado de dolor tipo contracción uterina, niega sangrado vaginal y percibe movimientos fetales.

### Antecedentes personales patológicos

Descarta haber tenido convulsiones, enfermedades hepáticas, alergia, varices, intervenciones quirúrgicas, transfusiones, hospitalizaciones, cáncer, COVID, asma.

### Ginecoobstétricos

Número de controles prenatales: 08 (14-39 5/7) C.S LOS OLIVOS DE PRO

IMC : 22.06  
Menarquia : 9 años  
Régimen catamenial : 5/30+ 3 días  
Último MAC : Inyección mensual hace un año  
IRS : 15 años

FRS : No tiene relaciones durante el embarazo

PAP : NO

VAT : 02

Tiempo de relación con la pareja: 1 año 2 meses

### **Obstétricos**

G1: Gestación actual (NO planificado) pero si consentido

Ecografías: 31/10/2023.....34 1/7 ss.....38 4/7 ss (a la fecha)

ILA: 131 mm., placenta fúndica posterior grado III, PBF 10/10.

Ponderafo fetal: 2459 grs.

### **DESARROLLO DEL CASO CLINICO**

**01-12-2023**

#### **Servicio de emergencia**

**06:30 hrs.**

CFV:

PA: 110/60 mmHg      P: 90X'      R: 18x'      T°: 36.7°

Albúmina (negativo)

Ingresa gestante por emergencia refiriendo pérdida de líquido amniótico desde las 2:30 am., acompañado de dolor tipo contracción uterina, niega sangrado vaginal y percibe movimientos fetales.

#### **Examen de Gineco-Obstetricia**

AU: 33 cm.      MF: ++      FCF: 133 X'      SPP: LCI      DU: 2/10++ 30''

Tono uterino: Normal      Ponderado fetal: ±3200 g.      Valsalva: Positivo

Tacto vaginal:

I: 90%      D: 4cm.      M: Rotas      AP: C-3      VP: OIIT

**Diagnóstico:**

1. Gestante de 38 4/7 ss. por eco tardía
2. Trabajo de parto fase activa
3. Ruptura de membranas + 4 hrs
4. ARO por edad

**Plan:**

1. Se hospitaliza a centro obstétrico
2. MMF
3. Control de funciones vitales (CFV)
4. Evolución espontánea
5. Reevaluación en dos horas
6. Partograma + curva de alerta (PG+CA)
7. Se solicita pre quirúrgicos
8. Vigilar signos de alarma

**Centro Obstétrico****07:30 hrs.**

Paciente ingresa a centro obstétrico procedente de emergencia obstétrica en silla de ruedas, es evaluada:

**Diagnóstico:**

1. Gestante de 38 4/7 ss. por eco tardía
2. Trabajo de parto fase activa
3. Ruptura de membranas + 5 hrs
4. ARO por edad

**Plan:**

1. MMF
2. Vía salinizada
3. Evolución espontánea
4. Reevaluación en dos horas

**08:30 hrs.**

Gestante es reevaluada por equipo de guardia de CO

CFV: PA: 110/60 mmHg P: 90 X' R: 18 x' T°: 36.7°

Tacto vaginal:

I: 70% Cérvix central, dehiscente 1 cm. M: Rotas AP: C-2 VP: NP

**Diagnóstico:**

1. Gestante de 38 4/7 ss. X eco tardía
2. Pródromos de trabajo de parto
3. Ruptura prematura de membranas + 6 hrs
4. ARO: edad
5. d/c ITU

**Plan:**

1. MMF
2. Control de funciones vitales (CFV)
3. Inducción de trabajo de parto con oxitocina
4. Ss. examen de orina, urocultivo, PCR
5. Ampicilina 2grs. EV STAT previa prueba de sensibilidad, luego 1gr. EV cada 6 hrs
6. TV restringido
7. CECEG

**9:00 hrs.**

CFV:

PA: 105/65 mmHg      P: 80 X'      R: 18 x'      T°: 36.5°

Se administra ampicilina 2gr. EV previa prueba de sensibilidad negativa.

Se inicia inducción de trabajo de parto con oxitocina.

DU 2/10 ++ 30", FCF: 132 x'

**9:30 hrs.**

Llegan resultados de laboratorio:

**Resultado de exámenes de laboratorio**

*Examen de orina completo:*

Leucocitos: 8-10 x campo

Hematíes: 1-2 x campo

*Hemograma completo:*

Leucocitos: 13 700 mm<sup>3</sup>

Abastionados: 0%

Segmentados: 83%

Eosinófilos: 1%

Hemoglobina: 12 gr/dL

Hematocrito: 35.1%

Tiempo de coagulación: 6 min

Tiempo de sangría: 2 min

Grupo y factor: A positivo

PCR: 3.13 mg/l

RPR: NO REACTIVO

HIV: NO REACTIVO



**11:30 hrs.**

Gestante es reevaluada por equipo de guardia de sala de partos:

Tacto vaginal:

I: 90%                      D: 4cm. M: Rotas      AP: C-2                      VP: OIIT

Actualmente con 6 UI oxitocina.

DU 5/10 ++ 35", FCF: 138 x'

**Diagnóstico:**

1. Gestante de 38 4/7 ss. X eco tardía
2. TPFA
3. Ruptura de membranas + 09 hrs
4. ARO: edad

**Plan:**

1. MMF
2. Control de funciones vitales (CFV)
3. Continuar estimulación de trabajo de parto con oxitocina
4. PG +CA
5. Ampicilina 1gr. EV cada 6 horas
6. TV restringido
7. Ss analgesia de trabajo de parto + MIP
8. CECEG

**12:00 hrs**

Gestante pasa a analgesia de trabajo de parto a SOP.

**12:50 hrs.**

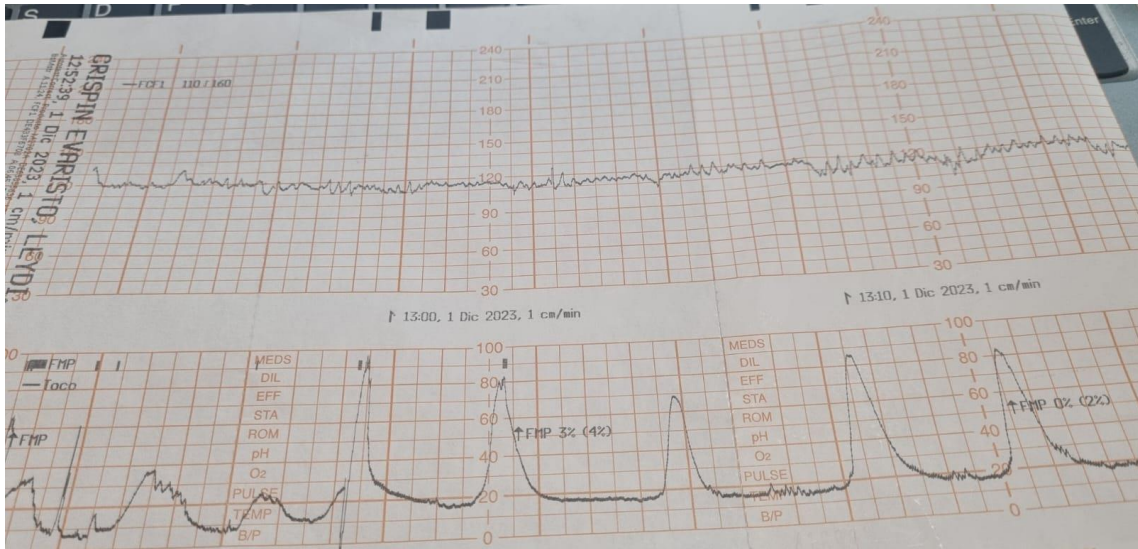
Paciente pasa a UBF para MIP.

## Resultados de MIP

Línea de base: 114      Variabilidad: 08      Cinética fetal: Hipoactivo

Conclusión: PATRÓN NORMAL

Observación: MIP -CATEGORÍA I



Regresa a sala de partos

**13:30 hrs.**

Gestante es reevaluada:

CFV:

PA: 100/60 mmHg.      P: 79 X'      R: 19 x'      T°: 37°

Tacto vaginal:

I: 100%      D: 9 cm.      M: Rotas (LAC)      AP: C-1      VP: OP

## Diagnóstico:

1. Gestante de 38 4/7 ss. X eco tardía
2. TPFa
3. Ruptura de membranas + 11 hrs
4. ARO: edad

**Plan:**

1. MMF
2. Estimulación de trabajo de parto con oxitocina
3. Ampicilina 1gr. EV cada 6 horas
4. PG +CA
5. Reevaluación en 1 hora y/o sensación de pujo
6. CECEG

**14:10 hrs.**

Paciente con sensación de pujo, es evaluada:

CFV:

PA: 110/60 mmHg.      P: 71 X'      R: 20 x'      T°: 36.5°

Tacto vaginal:

I: 100%      D: 10 cm.      M: Rotas (LAC)      AP: C+2      VP: OP

**Diagnóstico:**

1. Gestante de 38 4/7 ss. X eco tardía
2. TP: Fase expulsivo
3. Ruptura de membranas + 11:30 hrs
4. ARO: edad

**Plan:**

1. MMF
2. Vía salinizada
3. Pasa a expulsivo para atención de parto
4. Vigilar signos de alarma

## **Sala de expulsivo**

**14: 21 hrs**

Se realiza episiotomía medio lateral, previa infiltración de lidocaína al 2%. Parto eutócico, RNV varón, 3455grs., T: 49 cm., PC: 32.cm., Capurro: 40 ss., Apgar 9'9'

**14:22 hrs.**

Se realiza alumbramiento dirigido con 10 UI oxitocina EV.

**14:27 hrs.**

Se produce alumbramiento de placenta y anexos ovulares aparentemente completos.

**14:28 hrs.**

Se agrega 30 UI oxitocina en frasco de NaCl 9 /1000 y se deja a 45 gotas X'.

**14:29 hrs.**

Se realiza episiorrafia + sutura de desgarro II° con catgut crómico 2/0 previa infiltración de lidocaína al 2%.

**14:40hrs.**

Se evidencia sangrado vaginal con coágulos e hipotonía uterina, se procede a masaje uterino bimanual y se administra 10 UI oxitocina adicional. Total 40 UI oxitocina.

**14:42 hrs.**

CFV: PA: 110/60 mmHg. P: 115 X' R: 20 x' Saturación: 98%

Médico asistente de guardia indica revisión instrumentada, por lo que se administra tramadol 100 mg. subdérmico.

**14:58 hrs.**

Se termina revisión instrumentada, encontrándose solo coágulos y se evidencia desgarro de pared vaginal bilateral suturado con catgut crómico 2/0.

Perdida sanguínea total: 800 cc. aprox.

**Diagnóstico:**

1. Puérpera inmediata
2. Parto vaginal
3. Atonía uterina
4. Hemorragia postparto por atonía uterina
5. d/c Anemia aguda

**Plan:**

1. CF estricto
2. CNa 9/1000 + 40UI oxitocina
3. Ácido tranexámico 1 gr. EV STAT
4. Ergometrina 0.2 mg. IM STAT
5. Misoprostol 200 ug. FSR
6. Masaje uterino
7. Ss hemograma, perfil de coagulación y pruebas cruzadas
8. Comunicar a mamá del estado de salud de su hija adolescente
9. Vigilar signos de alarma

**15:00 hrs.**

Se administra ergometrina 0.2 mg. IM

Se coloca 04 tabletas de misoprostol vía rectal de manera preventiva

**15:15 hrs.**

CFV: PA: 100/60 mmHg P: 108 X' R: 18 x' T°: 36.8°

Puérpera inmediata pasa a puerperio inmediato con vía permeable de Nacl 9/100 + 40 UI oxitocina a 45 gotas por minuto.

Al examen: AREG, LOTEP

Piel y mucosas: Tibias, pálidas e hidratadas

Mamas: Blandas y secretantes con calostro

Abdomen: Blando depresible

Útero: Contraído a nivel de cicatriz umbilical, con tendencia a la relajación, se brinda masaje uterino estricto.

Paciente vomita liquido espumoso transparente.

**15:53 hrs.**

CFV: PA: 116/75 mmHg P: 101X' R: 18 x' T°: 36. 8°

Se encuentra puérpera adolescente ya más tranquila, útero contraído a 1 cm. debajo de la cicatriz umbilical, loquios hemáticos, en cantidad normal, episiorrafia afrontada y se continua con masaje uterino estricto.

**16:30 hrs.**

CFV: PA: 112/67 mmHg P: 105X' R: 18 x' T°: 36. 7°

Se encuentra puérpera adolescente, con útero contraído a 1 cm. debajo de la cicatriz umbilical, loquios hemáticos, en cantidad normal, episiorrafia afrontada y se continua con masaje uterino estricto. Se brinda orientación y consejería en planificación familiar.

*Hemograma completo:*

Leucocitos: 16 000 mm<sup>3</sup>

Abastionados: 03%

Segmentados: 83%

Eosinófilos: 0%

Hemoglobina: 11.2 gr/dL

Hematocrito: 33.4%

Fibrinógeno: 4.1 gr/L

**17:40 hrs.**

CFV: PA: 105/60 mmHg P: 99X' R: 18 x' T°: 37°

Puérpera inmediata de + 3 hrs. en ABEG, LOTEPE, afebril. A la evaluación médica presenta piel ligeramente pálida, mamas blandas y secretantes, útero contraído debajo de la cicatriz umbilical, loquios hemáticos en cantidad normal, episiorrafia afrontada, en condiciones de pasar a piso.

**Diagnóstico:**

1. Puérpera inmediata de parto vaginal
2. Atonía uterina resuelta
3. HPP por atonía uterina

**Plan:**

1. Pasa a PISO
2. DC+ LAV
3. Vía salinizada
4. Sulfato ferroso 300mg. c/12 hrs.
5. Diclofenaco 75 mg. STAT -IM
6. Dexametasona 4 mg. STAT-IM
7. Masaje uterino
8. LME
9. HVP 3v/día
10. Deambulacion
11. Ss Hb. Y hematocrito control a las 6 hrs
12. CECEG

**02/12/2023**

## **Sala de puerperio**

**08:00 hrs.**

CFV: PA: 110/60 mmHg. P: 90 X' R: 18x' T°: 37.4°

Hb pre: 12 gr/dL Hb post: 10.27 gr/dL

(S)Paciente niega molestias, tolera deambulaci3n, niega cefalea, diuresis (+)

(O) AREG, AREN, LOTEP

Piel y mucosas: Tibias e hidratadas, llenado capilar adecuado

Mamas: Blandas y secretantes con calostro

Abdomen: Blando depresible

Útero: Contraído a nivel de la cicatriz umbilical, loquios hemáticos, escasos, sin mal olor.

Genitales externos: Sutura afrontada en zona perineal

### **Diagn3stico**

1. Puérpera mediata de parto vaginal
2. Atonía uterina resuelto
3. HPP por atonía
4. Anemia leve

### **Plan**

1. DC+ LAV
2. CFV
3. Vía salinizada
4. Sulfato ferroso 300mg. c/12 hrs.
5. Paracetamol 1 gr. VO condicional a dolor
6. Masaje uterino



7. LME
8. HVP 3v/día
9. Deambulaci3n
- 10.I/c Nutrici3n, servicio social y psicología
- 11.Seguimiento de urocultivo
- 12.CECEG

**03/12/2023**

**08:00 hrs.**

CFV: PA: 90/60 mmHg. P: 80 X' R: 18x' T°: 36. 5°

(S) Paciente niega molestias, tolera deambulaci3n, niega cefalea, diuresis (+), deposiciones (+)

(O) AREG, AREN, LOTEPE

Piel y mucosas: Tibias e hidratadas, llenado capilar adecuado

Mamas: Blandas y secretantes con calostro

Abdomen: Blando depresible

Útero: Contraído a nivel de la cicatriz umbilical, loquios hemáticos, escasos, sin mal olor.

Genitales externos: Sutura afrontada en zona perineal

### **Diagn3stico**

1. Puérpera mediata de parto vaginal
2. Atonía uterina resuelto
3. Anemia leve

### **Plan**

1. DC+ LAV

2. CFV
3. Retirar vía
4. Sulfato ferroso 300mg. c/12 hrs.
5. Paracetamol 1 gr. VO condicional a dolor
6. Masaje uterino
7. LME
8. HVP 3v/día
9. Deambulaci3n
- 10.Efectivizar i/c Nutrici3n, servicio social y psicología
- 11.Seguimiento de urocultivo
- 12.CECEG

#### **Interconsulta servicio social**

Se entrevista a la madre, quien refiere que la relaci3n entre la paciente y su pareja habría sido de mutuo acuerdo, y que todo es consentido.

#### **Interconsulta psicología**

Paciente es evaluada con diagnóstico presuntivo de episodio depresivo situacional.

Se recomienda consulta externa con el servicio de Psicología par evaluaci3n integral y consejería respectiva.

#### **Interconsulta nutrici3n**

Peso: 58 kg.

Talla: 1.51 mts.

IMC: 25.4

Se sugiere una dieta completa hiperprotéica rica en hierro con proteínas de AVB con un total de aporte de 1800 kcal.

Proteínas: 16%

Grasas: 30%

CHO: 54%

Control y monitoreo por nutrición.

**04/12/2024**

**08:00 hrs.**

CFV: PA: 100/60 mmHg. P: 80 X' R: 16x' T°: 36.8°

(S)Paciente niega molestias, tolera deambulación, diuresis (+), deposiciones (+)

(O) AREG, AREN, LOTEPE

Piel y mucosas: Tibias e hidratadas, llenado capilar adecuado

Mamas: Blandas y secretantes con calostro

Abdomen: Blando depresible

Útero: Contraído a nivel de la cicatriz umbilical, loquios hemáticos, escasos, sin mal olor.

Genitales externos: Sutura afrontada en zona perineal

### **Diagnóstico**

1. Puérpera mediata de parto vaginal
2. Atonía uterina resuelto
3. Anemia leve

### **Plan**

1. Alta con indicaciones

## 2.3 DISCUSIÓN

La hemorragia postparto por atonía uterina es una de las complicaciones más graves que pueden presentarse en el puerperio, siendo la principal causa de mortalidad materna a nivel mundial. En este caso clínico, se presenta el manejo de una puérpera adolescente de 17 años que experimentó atonía uterina tras un parto inducido, lo que resalta la importancia de una atención obstétrica adecuada y oportuna.

Berzosa Morán CN y García Fajardo LY reportaron que la frecuencia de atonía uterina en adolescentes durante el postparto inmediato es alarmantemente alta, alcanzando un 80% en adolescentes de 14 años. Este hallazgo sugiere que las adolescentes son más vulnerables a esta complicación debido a su inmadurez física y emocional, así como a la falta de experiencia en el parto. La primiparidad en este grupo etáreo puede ser un factor de riesgo crítico, ya que el cuerpo de una adolescente aún está en desarrollo y puede no estar completamente preparado para las exigencias del parto.

Campos Flores J et al. también enfatizan que las adolescentes, al encontrarse en una etapa de crecimiento, son más propensas a desarrollar atonía uterina en partos distócicos. Esto se debe a la inducción del parto y al mayor peso del recién nacido, lo que puede resultar en complicaciones como hemorragias puerperales. En este caso, la inducción del parto con oxitocina puede haber contribuido a la atonía uterina, lo que resalta la necesidad de un monitoreo cuidadoso y la preparación para intervenciones adicionales.

Blanca MI y Galiano J discuten el uso de la técnica de B-Lynch como tratamiento para la hemorragia posparto por atonía uterina intraoperatoria. Este enfoque es relevante en el contexto de este caso, donde la paciente presentó hemorragia

persistente a pesar de la administración de oxitocina y el masaje uterino. La inducción del parto, aunque común, puede no ser suficiente para prevenir la atonía uterina en todos los casos, lo que subraya la importancia de estar preparados para intervenciones quirúrgicas si las medidas médicas no son efectivas.

Jones AJ et al. sugieren que la combinación de terapias puede ser más efectiva que el uso de oxitocina sola para prevenir la hemorragia postparto. Este enfoque es crucial, ya que la identificación temprana de la hemorragia y la respuesta rápida son esenciales para prevenir la mortalidad materna. En este caso clínico, la paciente presentó hemorragia persistente, lo que resalta la necesidad de un manejo activo y la preparación para realizar intervenciones quirúrgicas si las medidas médicas no son efectivas.

Okaforcha EI et al. (2024) destacan la importancia de la atención prenatal adecuada para identificar y manejar factores de riesgo en adolescentes. En este caso, la paciente era primigesta y había ingresado en trabajo de parto activo, lo que sugiere que podría no haber recibido la educación y el apoyo necesarios durante el embarazo. La falta de atención prenatal puede contribuir a un mayor riesgo de complicaciones durante el parto, lo que subraya la necesidad de que los programas de salud pública se enfoquen en la educación de las adolescentes sobre la salud reproductiva y la importancia de la atención prenatal.

Buchholz A et al. discuten el uso de ácido tranexámico en la prevención y tratamiento de la hemorragia postparto, lo que puede ser relevante en el manejo de la atonía uterina. La evolución favorable de la paciente y su alta a los tres días del parto son un resultado positivo, pero también resaltan la necesidad de un seguimiento postparto adecuado. La atención no debe cesar una vez que la paciente es dada de alta; es

crucial que se realicen controles para monitorear su recuperación y abordar cualquier complicación que pueda surgir.

Los antecedentes revisados, tanto internacionales como nacionales, evidencian que la atonía uterina es un fenómeno que puede ocurrir en cualquier gestante, pero que presenta particularidades en adolescentes. Según Millan et al. (2022), la atonía uterina puede ser persistente a pesar de la administración de medicamentos como la oxitocina, lo que puede llevar a intervenciones quirúrgicas como la ligadura de arterias hipogástricas. Este caso refuerza la necesidad de un enfoque multidisciplinario y la preparación para manejar complicaciones severas en pacientes jóvenes, quienes pueden tener un mayor riesgo debido a factores como la falta de experiencia en el parto y posibles condiciones de salud preexistentes.

El manejo clínico en este caso incluyó la inducción del parto con oxitocina y un alumbramiento dirigido, seguido de la administración de oxitocina adicional y masaje uterino bimanual. Este enfoque es consistente con las recomendaciones actuales que sugieren un manejo activo del tercer período del trabajo de parto para prevenir la atonía uterina. La respuesta favorable de la paciente al tratamiento resalta la importancia de la identificación temprana de la hemorragia y la intervención rápida, lo que puede ser crucial para mejorar los resultados maternos.

Además, es fundamental considerar los factores de riesgo asociados a la atonía uterina en adolescentes. La primiparidad, la inmadurez del sistema reproductivo y la falta de atención prenatal adecuada son elementos que pueden contribuir a la aparición de esta complicación. En este caso, la paciente era primigesta y presentaba un embarazo a término, lo que puede haber influido en la aparición de la atonía uterina. La identificación de estos factores de riesgo es esencial para implementar

estrategias de prevención y educación en salud reproductiva, especialmente en poblaciones vulnerables como las adolescentes.

La evolución favorable de la paciente y su alta a los tres días del parto subraya la importancia de un manejo adecuado y la necesidad de seguimiento postparto. Sin embargo, es crucial que los profesionales de la salud continúen educándose sobre las mejores prácticas y protocolos para el manejo de la hemorragia postparto, así como la importancia de la atención integral que incluya aspectos psicológicos y sociales, especialmente en adolescentes que pueden enfrentar desafíos adicionales durante el puerperio.

Por tanto, este caso clínico proporciona una visión integral sobre la atonía uterina en adolescentes, destacando la importancia de un enfoque multidisciplinario en su manejo. La combinación de atención prenatal adecuada, intervenciones oportunas durante el parto y un seguimiento postparto riguroso son esenciales para mejorar los resultados maternos. La formación continua de los profesionales de la salud y la implementación de protocolos basados en evidencia son fundamentales para abordar esta grave complicación obstétrica y reducir la mortalidad materna asociada.

## 2.4 CONCLUSIONES

- El manejo clínico y terapéutico de la hemorragia postparto por atonía uterina en la puérpera adolescente fue efectivo, destacando la importancia de la administración oportuna de oxitocina y la realización de masaje uterino bimanual para controlar la hemorragia.
- Se identificaron factores de riesgo significativos para el desarrollo de atonía uterina en la puérpera adolescente, tales como la primiparidad y la inducción del parto, lo que resalta la necesidad de una evaluación cuidadosa de estos factores en gestantes.
- Las principales complicaciones maternas asociadas a la atonía uterina, como la hemorragia postparto, fueron reconocidas, subrayando la importancia de la vigilancia y el manejo adecuado para prevenir consecuencias graves.
- La evolución de la gestante adolescente desde su ingreso hasta el alta fue favorable, evidenciando que las intervenciones realizadas fueron efectivas y que la paciente se recuperó adecuadamente tras el episodio de atonía uterina.
- Estas conclusiones reflejan la importancia de un manejo integral y específico para adolescentes en el contexto obstétrico, así como la necesidad de una atención adecuada para mejorar los resultados en salud materna.



## 2.5 RECOMENDACIONES

- **Capacitación del personal de salud:** Es fundamental que el personal de salud a cargo de la salud maternofetal, reciba capacitación continua sobre el manejo de la atonía uterina y las hemorragias postparto. Esto incluye el reconocimiento temprano de los factores de riesgo y la aplicación de protocolos de intervención adecuados.
- **Implementación de protocolos de atención:** Se deben establecer y seguir protocolos estandarizados para la atención de puérperas adolescentes, que incluyan la identificación de factores de riesgo, el manejo de la atonía uterina y la atención postparto. Estos protocolos deben ser adaptados a la realidad local y a los recursos disponibles en cada establecimiento de salud.
- **Educación en salud reproductiva:** Es esencial promover programas de educación en salud reproductiva dirigidos a adolescentes y sus familias. Esto debe incluir información sobre los riesgos del embarazo en la adolescencia, la importancia de la atención prenatal y el reconocimiento de signos de alarma durante el embarazo y el parto.
- **Vigilancia y monitoreo:** Se recomienda establecer un sistema de vigilancia y monitoreo para las puérperas adolescentes, que permita detectar de manera temprana cualquier complicación, incluyendo la atonía uterina. Esto puede incluir seguimientos postparto más frecuentes y protocolos de atención diferenciados para este grupo etario.
- **Atención integral y multidisciplinaria:** Fomentar un enfoque de atención integral que involucre a diferentes profesionales de la salud, como obstetras, pediatras, enfermeras y psicólogos, para abordar las necesidades físicas y emocionales de

las adolescentes durante el embarazo y el postparto.

- Acceso a recursos y medicamentos: Asegurar que los establecimientos de salud cuenten con los recursos necesarios, incluyendo medicamentos uterotónicos y equipos adecuados para el manejo de emergencias obstétricas. Esto es crucial para garantizar una respuesta rápida y efectiva ante la atonía uterina.
- Promoción de la salud mental: Considerar la salud mental de las puérperas adolescentes como parte integral de su atención. Proporcionar apoyo psicológico y emocional puede ayudar a las jóvenes a enfrentar los desafíos del embarazo y la maternidad, reduciendo el riesgo de complicaciones.
- Investigación y evaluación continua: Fomentar la investigación sobre la atonía uterina y las complicaciones en puérperas adolescentes en el contexto peruano. Esto permitirá adaptar las estrategias de atención a las realidades locales y mejorar continuamente la calidad de los servicios de salud.
- Involucramiento de la comunidad: Promover la participación de la comunidad en la educación y prevención de complicaciones obstétricas. Involucrar a líderes comunitarios y organizaciones locales puede ayudar a sensibilizar sobre la importancia de la atención prenatal y el cuidado durante el postparto.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Távara A, Núñez M, Tresierra MÁ. Factores asociados a atonía uterina. *Rev Peru Ginecol Obstet* [Internet]. 2022 [citado 4 de agosto de 2024];68(2). Disponible en: <http://51.222.106.123/index.php/RPGO/article/view/2424>
2. Jena BH, Biks GA, Gete YK, Gelaye KA. Determinants of postpartum uterine atony in urban South Ethiopia: a community-based unmatched nested case-control study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023;23(1):499. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05820-1>
3. Punt M, Van Leusden F, Bloemenkamp K, Coppens M, Driessens M, Heubel-Moenen F, et al. Primary postpartum hemorrhage in women with von Willebrand disease and carriers of hemophilia: a retrospective analysis. *Res Pract Thromb Haemost*. 2024;8(5):102508. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rpth.2024.102508>
4. Bienstock JL, Eke AC, Hueppchen NA. Postpartum Hemorrhage. Longo DL, editor. *N Engl J Med*. 2021;384(17):1635-45. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/mayo2021/33.pdf>
5. Moreira Parrales CG. Hemorragias postparto por atonía uterina en el hospital básico jipijapa [Internet] [bachelorThesis]. Universidad Estatal del Sur de Manabí; 2021 [citado 6 de agosto de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.unesum.edu.ec/handle/53000/3334>
6. Sánchez Rodríguez EDP. Factores asociados a la hemorragia postparto en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2020 [Internet]. Universidad Norbert Wiener; 2023 [citado 6 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/9202>
7. Llancarí P, Salazar-Sánchez C, Gil-Armas C, Torres-Contreras H, Guevara-Ríos E, H. Novoa R. Las suturas compresivas se asocian a menor descenso de la

hemoglobina en la hemorragia posparto por atonía uterina. Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. 2024 [citado 4 de agosto de 2024];70(2). Disponible en: <http://51.222.106.123/index.php/RPGO/article/view/2624>

8. Millan A, Suarez CA, García G, Lagunas F, Cruz OD. Bilateral ligation of the anterior trunk of the internal iliac artery in uterine atony secondary to uterine inversion: case report. *AJOG Glob Rep.* 2022;2(3):100076. Disponible en: <https://doi.org/10.1016%2Fj.xagr.2022.100076>
9. Peralta M. Conducta obstétrica en primigesta añosa con embarazo de 38 semanas más atonía uterina [Internet] [Tesis de pregrado]. [Babahoyo]: Universidad Técnica de Babahoyo; 2021. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/10496>
10. Mosquera Jiménez SV. “Atonía uterina en paciente multigesta de 20 años por parto prolongado e inducido” [Internet] [bachelorThesis]. Universidad Técnica de Babahoyo; 2019 [citado 9 de agosto de 2024]. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/5783>
11. Pérez Y. Hemorragia pos parto asociado a atonía uterina, en el Hospital María Auxiliadora, agosto 2020 [Internet] [Tesis de pregrado]. [Moquegua]: Universidad José Carlos Mariátegui; 2024. Disponible en: <https://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/20.500.12819/2659>
12. Matamoros Crispin R. Factores de riesgo de hemorragia postparto en pacientes del Hospital Domingo Olavegoya de Jauja - 2021 [Internet]. Universidad Peruana Los Andes; 2023 [citado 9 de agosto de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/6871>
13. Pajuelo Rios RE. Hemorragia post parto por atonía uterina en puérpera adolescente en Hospital Nivel III del MINSA año 2018 [Internet]. Univerisad José Carlos Mariátegui; 2020 [citado 8 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/20.500.12819/845>
14. Alonso-Burgos A, Díaz-Lorenzo I, Muñoz-Saá L, Gallardo G, Castellanos T,

Cardenas R, et al. Primary and secondary postpartum haemorrhage: a review for a rationale endovascular approach. *CVIR Endovasc.* 2024;7(1):17. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s42155-024-00429-7>

15. Gómez Martínez N, Morillo Cano JR, Pilatuña Tirado CB. El cuidado enfermero en pacientes con atonía uterina atendidas en el Hospital General Puyo. *Dilemas Contemp Educ Política Valores* [Internet]. 2021 [citado 5 de agosto de 2024];(3). Disponible en: <https://www.dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/index.php/dilemas/article/view/2674>
16. Zhang P, Jia Y, Song H, Fan Y, Lv Y, Geng H, et al. Novel biomarkers for prediction of atonic postpartum hemorrhage among ‘low-risk’ women in labor. *Front Immunol.* 2024; 15: 1416990.
17. Hemorragia posparto precoz. *Prog Obstet Ginecol.* 2008;51(8):497-505. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-hemorragia-posparto-precoz-S0304501308723215>
18. Gill P, Patel A, Van Hook JW. Uterine Atony. En: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado 6 de agosto de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493238/>
19. Koutras A, Fasoulakis Z, Syllaios A, Garmpis N, Diakosavvas M, Pagkalos A, et al. Physiology and Pathology of Contractility of the Myometrium. *In Vivo.* 2021;35(3):1401-8.
20. Ormeño-Soto K, Ybaseta-Soto M. Complicaciones obstétricas durante el parto en adolescentes atendidas en un Hospital Público de Perú. *Rev Médica Panacea.* 2023;11(3):105-15.
21. Cárdenas Rodríguez JD. Complicaciones obstétricas durante el parto de adolescentes con anemia gestacional atendidas en el Hospital Universitario de Guayaquil, enero a junio 2021 [Internet] [masterThesis]. Repositorio de la Universidad Estatal de Milagro. Universidad Estatal de Milagro; 2022 [citado 8

de agosto de 2024]. Disponible en:  
<https://repositorio.unemi.edu.ec/xmlui/handle/123456789/6755>

22. Berzosa Morán CN, García Fajardo LY. "Atonía uterina y su relación a hemorragias del post parto inmediato en adolescentes de 14-19 años atendidas en el hospital león becerra milagro, octubre 2018- abril2019 ". [Internet] [bachelorThesis]. Universidad Técnica de Babahoyo; 2019 [citado 8 de agosto de 2024]. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/5799>
23. Campos Flores J, Di Marco I, Repetto J, Zelada K, Veiga A. Atonía Uterina: Nuestra Experiencia HMMI. Ramón Sardá. Fed Argent Soc Ginecol Obstet. 2020;19(01):48-57.
24. Blanca MI, Galiano J. Uso de la técnica de B-Lynch como tratamiento de la hemorragia posparto por atonía uterina intraoperatoria. Rev Obstet Ginecol Venezuela. 2021;81(03):200-8. Disponible en: [http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev\\_ogv/article/view/23167/144814489446](http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_ogv/article/view/23167/144814489446)
25. Jones AJ, Federspiel JJ, Eke AC. Preventing postpartum hemorrhage with combined therapy rather than oxytocin alone. Am J Obstet Gynecol MFM. 2023;5(2):100731.
26. Okaforcha EI, Eleje GU, Ikechebelu JI, Ezeama CO, Igbodike EP, Ugwu EO, et al. Intravenous versus intramuscular oxytocin injection for preventing uterine atonic primary postpartum haemorrhage in third stage of labour: A double-blind randomised controlled trial. SAGE Open Med. 2024; 12: 20503121241230484. Disponible en: <https://doi.org/10.1177%2F20503121241230484>
27. Buchholz A, Hansen K, Rodel R. Tranexamic Acid in the Prevention and Treatment of Postpartum Hemorrhage: A Review. S D Med J S D State Med Assoc. 2023;76(4):174-7.