



**UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI  
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN  
EMERGENCIAS OBSTETRICAS, ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS  
MATERNOS**

**TRABAJO ACADÉMICO**

**HEMORRAGIA POSPARTO POR ATONÍA UTERINA EN UN  
HOSPITAL DE III NIVEL DE ATENCIÓN, LIMA 2019**

**PRESENTADO POR**

**MARIN GUEVARA DE SORIA LETICIA GLORIA**

**ASESORA**

**Mg. YALÁN LEAL DE MICHILLOT ELIZABETH ENI**

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

**MOQUEGUA-PERÚ**

**2020**

## INDICE

Página de Jurado -----	i
Dedicatoria -----	ii
Agradecimientos -----	iii
Índice de Contenido -----	iv
Índice de Tablas -----	vi
Resumen -----	viii

## CAPÍTULO I

### PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.Descripción del Problema -----	
<b>¡Error! Marcador no definido.</b>	
1.2. Justificación -----	2
1.3. Marco Teórico -----	3
1.3.1. Antecedentes Internacionales -----	3
1.3.2 Antecedentes Nacionales -----	4
1.4. Bases Teóricas-----	5

## **CAPÍTULO II**

### **CASO CLÍNICO**

2.1. Objetivos -----	18
2.2. Sucesos relevantes del caso clínico -----	19
2.3. Discusión -----	28
2.4. Conclusiones -----	29
2.5. Recomendacione-----	30
BIBLIOGRAFÍA -----	31

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla N°1</b> Clasificación de la Hemorragia postparto según el grado de choque-----	8
<b>Tabla N°2</b> Causas y factores de riesgo de HPP-----	12
<b>Tabla N°3</b> Diagnóstico diferencial del sangrado vaginal después del parto-----	14

## RESUMEN

La Hemorragia posparto es la causa directa de muerte materna a nivel mundial. Los factores de riesgo para la hemorragia posparto incluyen: A un conjunto de complicaciones que se presentan durante el embarazo, parto y factores maternos. Sin embargo, la capacidad para predecirla a partir de los factores de riesgo es muy limitada. En el siguiente caso clínico, presentamos a una paciente primigesta con número óptimo de atenciones prenatales, con 12,2 g/dl de hemoglobina que ingresa a sala de partos con 5cm de dilatación y a la hora de hospitalización presenta dilatación completa produciéndose un parto precipitado con RN vivo, peso 3670, Apgar 9 al minuto que genera un desgarro cervical y atonía uterina, desencadenando una hemorragia posparto, de más de 500 cc por lo cual se instala la clave roja de acuerdo a protocolos establecidos. El análisis del trabajo académico, tuvo por objetivo revisar los factores de riesgo de una gestante con hemorragia postparto atendida en un Hospital nivel III – Lima, 2019. Concluyendo que el parto precipitado se evidencia como factor de riesgo para el desarrollo de una hemorragia postparto, además la morbilidad identificada en la paciente fue un desgarro cervical, atonía uterina y anemia moderada.

**Palabras clave:** Hemorragia posparto, atonía uterina, clave roja.

## ABSTRACT

Postpartum Hemorrhage is the direct cause of maternal death worldwide. Risk factors for postpartum hemorrhage include: A set of complications that occur during pregnancy, childbirth, and maternal factors. However, the ability to predict it from risk factors is very limited. In the following clinical case, we present a first-stage patient with an optimal number of prenatal care, with 12,2 g / dl of hemoglobin, who was admitted to the delivery room with 5 cm of dilation and at the time of hospitalization, she presented complete dilation, producing a precipitous delivery with live NB , weight 3670, Apgar 9 per minute that generates a cervical tear and uterine atony, triggering a postpartum hemorrhage, of more than 500 cc, for which the red code is installed according to established protocols. The objective of the analysis of the academic work was to review the risk factors of a pregnant woman with postpartum hemorrhage treated at a level III Hospital - Lima, 2019. Concluding that precipitated delivery is evidenced as a risk factor for the development of postpartum hemorrhage, in addition, the morbidity identified in the patient was a cervical tear, uterine atony and moderate anemia.

**Key words:** Postpartum hemorrhage, uterine atony, red key.

## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.1 Descripción del Problema**

Actualmente, conocemos que la hemorragia obstétrica está asociada a tener un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna. Existen dos tipos de hemorragia anteparto y posparto, siendo esta última la forma más usual de hemorragia obstétrica a nivel mundial (1).

La Hemorragia posparto (HPP) es la causa directa de muerte materna a nivel mundial. La ocurrencia de esta patología no está limitada a una región geográfica en específico, en países de altos ingresos se ha registrado un incremento de las muertes por este tipo de hemorragia asociadas a la edad materna avanzada, partos por cesárea, embarazos múltiples, etc. Sin embargo, el mayor número de casos se registran en los países de bajos recursos.

A pesar que la HPP, se puede prevenir en la mayoría de los casos, usando de manera profiláctica medicamentos uterotónicos durante el alumbramiento y mediante un tratamiento oportuno, el diagnóstico temprano puede ser un desafío en entornos de escasos recursos(3). Por lo tanto, es considerado un factor importante

que contribuye a la mortalidad materna, la cual genera secuelas discapacitantes a largo plazo, así como enfermedades maternas severas relacionadas con la pérdida sanguínea de cuantía considerable, que incluyen el shock y la disfunción orgánica (4).

En nuestro país, en el año 2015, la muerte de mujeres en edad reproductiva durante el embarazo, parto o puerperio, tuvo una considerable reducción, llegando a 68 muertes por 100 000 nacidos vivos. Según la Dirección General de Epidemiología, señala que las principales causas directas de muerte materna son: en primer lugar, las hemorragias; con el mayor número de casos 39,8%, entre éstas las principales patologías identificadas fueron: la atonía uterina, hemorragias del tercer período del parto (alumbramiento), placenta previa y embarazo ectópico (5).

En este marco, el manejo correcto y oportuno, junto al equipo de salud, se encuentra encaminado a promover el bienestar del binomio madre-niño; en muchos casos puede significar la diferencia entre la vida y la muerte de las mujeres de las zonas más alejadas y pobres de nuestro país.

## **1.2. Justificación**

A pesar que existe mucha bibliografía que menciona los factores de riesgo de la hemorragia posparto, la incidencia aún es alta en nuestro país, sobre todo en las zonas más alejadas y pobres, lo cual genera un incremento en la mortalidad materna en lugares donde el acceso a la salud es limitado.

En el Hospital nivel III de Lima, de donde es el presente caso clínico, durante el año 2015, la hemorragia posparto fue la patología más común en el puerperio, lo cual generó más días de hospitalización en las pacientes; lo cual



representa un problema que se debe tener en cuenta debido a la cantidad de gestantes que pertenecen a la jurisdicción del hospital.

Resulta de mucha importancia, afianzar el manejo de las emergencias obstétricas, principalmente el de la HPP, ya que en la actualidad continua representando la causa principal de muerte en las madres en nuestro país, a pesar de que en los últimos años su incidencia ha reducido debido a las medidas establecidas para su manejo oportuno, como la implantación de la clave roja, la institucionalización del parto, el reconocimiento de los signos de alarma, la atención del parto con adecuación cultural, la atención por profesionales calificados en cuidados obstétricos, entre otros.

El desarrollo del presente trabajo corrobora el conocimiento disponible en la literatura y representa la realidad de los casos observados en la atención obstétrica cotidiana, aportando información relevante a partir de la demostración de un caso clínico, permitiendo así la identificación de factores de riesgo en la gestante que pueden incrementar el riesgo de morbilidad materna, además genera reflexión sobre las acciones del profesional de obstetricia que deben ser mejoradas o corregidas para la atención adecuada de la gestante desde el primer contacto durante el control prenatal hasta el que se desarrolle el parto.

### **1.3.Marco Teórico**

#### **1.3.1. Antecedentes**

##### *Antecedentes Internacionales*

En el estudio de Buchillón. y Col (2017), el cual se llevó a cabo en Cuba, permitió conocer las características de la hemorragia postparto realizados en púerperas que presentaron hemorragia postparto. Los hallazgos fueron los

siguientes, entre las causas de sangrado en el puerperio fueron: atonía uterina, restos ovulares y alteraciones de inserción placentaria, siendo este último grupo de mujeres las que presentaron mayor signo de shock hipovolémico (6).

En la tesis desarrollada por Iglesias y Urbina (2016) en Nicaragua, tuvo como objetivo describir los factores de riesgo más importantes para la hemorragia postparto en 138 mujeres cuyo parto fue atendido por vía vaginal y cesárea. El estudio tuvo los siguientes resultados: los factores más importantes previos al parto fueron la primiparidad, anemia, multiparidad; mientras que los factores durante el parto fueron partos extrahospitalarios, parto precipitado y trabajo de parto prolongado. Las causas más frecuentes fueron: hipotonía uterina, desgarros en el canal vaginal, retención de placenta y de restos placentarios (7).

Cruz (2016) en su tesis desarrollada en Ecuador, busco determinar los factores de riesgo para la manifestación de hemorragia después de parto inmediato. Dicho estudio obtuvo los siguientes resultados: Los factores de riesgo fueron la anemia, la falta de atenciones prenatales (59% tuvo menos de 3 controles), partos extrahospitalarios, edad menor a 20 años, nuliparidad (50%) Las causas directas de hemorragia después de parto fueron atonía uterina (26%), lesiones del canal de parto (36%) y retención de restos placentarios (16%) (8).

#### *Antecedentes Nacionales*

Román y Col (2019), realizó un estudio en Ica que buscó identificar los factores de riesgo de hemorragia primaria posparto. Entre los resultados que obtuvo fueron que el riesgo de hemorragia postparto fue mayor en mujeres solteras, nulíparas, con menos de ocho atenciones en el embarazo y recién nacidos con peso

mayor de 3500 gramos (9).

Córdova y Quevedo (2018) en su tesis realizada en Tumbes, cuyo objetivo fue determinar los factores asociados a hemorragia postparto inmediato. Obtuvo los siguientes resultados: entre los datos más relevantes sobre los factores asociados se encontraron 63% tuvo recién nacidos macrosómicos, 61% desgarro perineal, 47% desgarro cervical, 25% retención placentaria y 11% parto precipitado (10).

Rosadio (2015), realizó su tesis en la ciudad de Lima, donde busco determinar los factores de riesgo asociados a la HPP. Los resultados fueron: la incidencia de HPP fue 0.41%, de las cuáles menos del 4% tuvo un control prenatal adecuado, el 64,1% fueron multíparas, el 33,3% tuvo un parto precipitado, el 53,1% tuvieron fetos macrosómicos, lesiones en canal vaginal (79,5%) y 66,7% retención de restos placentarios. Siendo los factores de riesgo estadísticamente significativos: macrosomía, retención de restos placentarios, lesiones obstétricas y parto precipitado (11).

### **1.3.2. Conceptos Básicos De La Enfermedad**

#### **➤ Hemorragia Postparto**

##### **Definición**

Las definiciones más recientes de la OMS de HPP (2015) reflejan la definición de 1990. Para los partos vaginales, la HPP se define como la pérdida sanguínea > 500 ml, y la HPP grave se define como la pérdida de > 1000 ml. En casos de parto por cesárea, el estándar para la HPP se eleva a 1000 ml en algunas pautas. Otros protocolos utilizan diferentes definiciones, sin embargo, estudios recientes y más sólidos confirman la gran variabilidad en la pérdida de sangre

medida que varía de <150 ml a casi 700 ml para el parto vaginal sin complicaciones, lo que desafía la relevancia clínica de un umbral de pérdida de sangre en particular (12).

Además, los umbrales de pérdida de sangre pueden no representar adecuadamente el riesgo de un mal resultado. Las diferentes definiciones de HPP por método de parto son aún más confusas: ¿por qué una pérdida de sangre de 500 ml representa un riesgo para las mujeres después del parto vaginal pero no para un parto por cesárea? Además de la amplia gama de valores de pérdida de sangre normal posparto, el corte arbitrario carece de precisión clínica. Muchas mujeres perderán >500 ml sin ninguna consecuencia clínica, y algunas sangrarán menos y aún correrán el riesgo de resultados adversos (13).

La salud básica de una mujer puede ser un determinante importante de su capacidad para tolerar la pérdida de sangre de cualquier volumen. Por ejemplo, aquellas mujeres saludables y sin anemia no exhibirán signos y síntomas de inestabilidad hemodinámica hasta que la pérdida de sangre alcance 1000 ml. En una población sana, esta cantidad de pérdida de sangre incluso se considerará como fisiológica y puede no desencadenar ninguna intervención. Por el contrario, para las mujeres cuyos sistemas orgánicos están comprometidos por la comorbilidad, puede requerirse una intervención temprana con menor pérdida de sangre (14).

### **Frecuencia**

En el 2015, la hemorragia posparto afectó aproximadamente al 2% de las mujeres gestantes y se le considera la causa de un cuarto de todas las muertes maternas a nivel mundial, mientras que algunas regiones este valor se ve

incrementado en un 60%, afectando más a los países de bajos ingresos. El riesgo de muerte por hemorragia después del parto en países de bajos recursos es de 1/1000 mientras que en países de altos ingresos es de 1/100 000 (15).

Una de cada cinco mujeres fallece en América a consecuencia de hemorragias obstétricas durante o después del parto.

Entre las mujeres con hemorragia posparto, el 17% tendrá una muerte materna casi intencional; sin embargo, las disparidades geográficas en la incidencia de resultados maternos graves después de la HPP sugieren la necesidad de mejorar la calidad de la atención (16).

### **Clasificación**

- ✓ Primaria: si el sangrado ocurre después del parto hasta las primeras 24 horas posterior a este, también se le conoce como temprana.
- ✓ Secundaria: el sangrado ocurre después de las 24 horas hasta las 12 semanas postparto. (17).

**Tabla 1***Clasificación de la Hemorragia posparto según el grado de choque*

<b>Grado del choque</b>	<b>Porcentaje de pérdida sanguínea</b>	<b>Signos y síntomas</b>
<b>Leve</b>	<20%	Sudoración
		Frialdad en extremidades
		Ansiedad
		Llenado capilar <2”
<b>Moderado</b>	20% - 40%	Los signos anteriores más:
		Frecuencia cardíaca >100/min
		Frecuencia respiratoria >20/min
		Hipotensión postural
		Diuresis <500ml
		Los signos anteriores más:
<b>Severo</b>	>40%	Hipotensión
		Agitación/ Confusión
		Inestabilidad hemodinámica

Nota: Esta tabla se aprecia la clasificación de la HPP según el grado de choque adaptado del trabajo de investigación de Leduc D y Col. (18)

## **Etiología y Factores de Riesgo**

La hemorragia posparto se debe a uno o varios de los cuatro factores encargados de la hemorragia en el posparto, conocidos como las 4Ts.

**1. Tono:** considerado la principal causa debido a su frecuencia, responsable del 80-90% de las HPP. Su presentación está relacionada a los factores como la sobre distensión del útero como consecuencia de embarazos múltiples, macrosomía fetal o polihidramnios, la debilidad muscular por partos prologados, precipitados y/o gran multiparidad, la corioamnionitis por Ruptura Prematura de Membranas (RPM) prologada (19).

**2. Retención de tejidos:** Demora en la expulsión de la placenta durante 30 minutos después del periodo expulsivo en alumbramiento espontáneo (sin uso de oxitócicos) y en un periodo mayor a 15 minutos en el alumbramiento dirigido (con uso de oxitócicos) (20).

La placenta puede encontrarse adherida debido a una mala inserción de la misma por lo cual no puede ser expulsada lo que ocasiona que el útero no se contraiga de manera adecuada y el sangrado no se detenga. Se puede esperar como máximo 30 minutos para su expulsión utilizando maniobras de tracción controlada y administración de oxitócicos, pasado este tiempo sino hay salida de la placenta se debe sospechar de retención de placenta, debido a la mala implantación de la misma (21).

El riesgo de presentar acretismo placentario aumenta conforme al número de cicatrices uterinas. Ante la sospecha de la localización de la placenta posterior a la realización de ecografía es necesario una resonancia magnética con la finalidad

de descartar una placenta p rcrta (22).

**3.Lesiones /desgarros del canal del parto:** Se producen después de un parto precipitado o por malas maniobras en la atención en ocurrir después de un trabajo de parto prolongado asociado a desproporción céfalo pélvica o en un útero que fue estimulado con oxitócicos (23).

En este grupo también son considerados los hematomas vulvares y vaginales, los cuales son tratados de forma conservadora o evacuados según severidad. Ante dolor o inestabilidad hemodinámica se debe sospechar de un hematoma retroperitoneal, para lo cual se debe realizar una exploración quirúrgica para identificar el vaso sangrante.

Otra de las causas de la 3era T (Trauma), es la inversión uterina. Se dice que el útero se invierte, cuando la parte interna se vuelve externa durante el alumbramiento. La corrección debe ser inmediata, debido a que, al pasar los minutos, el anillo de constricción alrededor del útero invertido se vuelve rígido y el volumen del útero aumenta debido al aumento de sangre (24).

El origen de la inversión uterina es un mal manejo de la etapa de alumbramiento, como la tracción inadecuada del cordón umbilical, las maniobras de presión del fondo uterino, la extracción manual de la placenta y en otros casos la presencia de cordón corto o acretismo placentario (24).

**4. Coagulopatías:** Se destacan las congénitas y las adquiridas:

**Enfermedad de Von Willebrand:** Afecta a un 1- 2% de la población y se le considera la coagulopatía hereditaria más frecuente. Es un grupo de enfermedades donde hay una alteración del factor de Von Willebrand. Se manifiesta de manera



clínica con hemorragias mucocutáneas, epistaxis, petequias, gingivorragia, etc. (25).

**Hemofilias:** Trastorno genético que afecta la coagulación, su patrón de herencia está ligado al cromosoma X aunque puede ser autosómico recesivo.

Los trastornos adquiridos de la coagulación son un grupo de enfermedades las cuales se caracterizan por la alteración de la coagulación debido a variaciones en la cantidad o calidad de los factores de coagulación, esto debido a afecciones inmunitarias que afectan el sistema hemostático. Entre ellos tenemos: coagulación intravascular diseminada y el síndrome antifosfolípídico (26).

**Tabla 2***Causas y factores de riesgo de HPP*

	<b>Causas</b>	<b>Factores de riesgo</b>
<b>Atonía uterina</b>	Sobredistensión del útero	Embarazos múltiples Hidramnios Macrosomía fetal
	Corioamnionitis	Ruptura de membranas Fiebre
	Agotamiento muscular	Trabajo de parto prolongado Multiparidad
<b>Retención de tejidos</b>	Placenta	Acretismo placentario Cirugía uterina anteriores
	Coágulos	
<b>Lesiones del canal del parto</b>	Desgarros vaginales	Expulsivo prolongado Parto instrumental
	Rotura uterina	Cesárea anterior Parto instrumental Distocia Dinámica uterina aumentada Versión cefálica externa
	Inversión uterina	Alumbramiento manual Acretismo placentario
<b>Coagulopatías</b>	Adquiridas	Preeclampsia Síndrome de Hellp Coagulación intravascular diseminada Embolia del líquido amniótico Sepsis Desprendimiento de placenta
	Congénitas	Enfermedad de Von Willebrand Hemofilia tipo A

Nota: Esta tabla muestra las causas y factores de riesgo tomadas del estudio de Karlsson, C. y Col. (27)

## **Fisiopatología**

El sangrado causado por un tono deficiente se manifiesta en la presentación de un útero atónico, una situación en la que el útero posterior al parto no se contrae adecuadamente. El sangrado es causado por productos retenidos, fragmentos placentarios o incluso una placenta retenida que queda dentro del útero. Es la causa principal de la HPP que representa hasta el 70% de los casos. El mecanismo de tránsito fisiológico natural que une los sistemas de circulación materno-fetal involucra a las arterias espirales que pasan del útero a través de una capa de tejido fibroso miometrial entrelazado hacia el lecho placentario.

Después del parto, las fibras causan la oclusión de las arterias espirales y “auto sellan” las conexiones circulatorias entre el suministro de sangre materna y el lecho placentario. Un útero atónico se produce cuando este mecanismo de contracción natural no se inicia dejando que las arterias conectadas fluyan libremente hacia la cavidad uterina. A término, hasta el 20% del gasto cardíaco materno se dirige a la circulación uteroplacentaria que equivale a aproximadamente 600 ml / min, por lo tanto, sin tratamiento, un útero atónico puede causar una hemorragia rápida y mortal (28).

## Diagnóstico

**Tabla 3**

*Diagnóstico diferencial del sangrado vaginal después del parto*

<b>Manifestaciones iniciales, otros signos y síntomas típicos</b>	<b>Signos y síntomas que pueden presentarse</b>	<b>Diagnóstico probable</b>	<b>Frecuencia y etiología</b>
<b>Hemorragia postparto inmediata</b>	- Útero blando y no contraído. - Taquicardia. - Hipotensión.	Atonía uterina	70% Atonía uterina, anomalía de la contractibilidad
<b>Hemorragia postparto inmediata</b>	- Placenta completa. - Útero contraído.	Desgarros del cuello uterino o canal vaginal	20% Trauma
<b>Dolor intenso. A la palpación abdominal profunda, no se palpa el fondo uterino</b>	- Inversión uterina visible en canal vaginal o hemorragia postparto inmediato.	Inversión uterina	
<b>Dolor abdominal severo</b>	- Abdomen doloroso. - Shock. - Taquicardia. - No expulsión de la placenta.	Rotura uterina	
<b>No se produce el alumbramiento durante 30 minutos posteriores al parto</b>	- Útero contraído.	Retención de placenta	10% Tejido, retención de restos
<b>Placenta y membranas ovulares incompletas</b>	- Hemorragia postparto. - Útero flácido.	Retención de restos placentarios	placentarios
<b>Leve sangrado que continúa después del parto acompañado de un útero flácido por encima de la cicatriz umbilical</b>	- Sangrado variable (leve o profuso, continuo o irregular) - Anemia leve/moderada	Retención de restos placentarios	

Nota: La siguiente tabla resume las principales manifestaciones iniciales y síntomas típicos que permiten el diagnóstico diferencial de un sangrado después del parto (29).

## **Manejo**

El manejo activo del periodo de alumbramiento es la principal estrategia para prevenir la hemorragia posparto, puede disminuir el sangrado después del parto en un 60%. Este manejo consiste en realizar ciertas intervenciones que faciliten la expulsión de la placenta, disminuyendo los tiempos logrando así prevenir la hemorragia post parto.

Es recomendable el uso de medicamentos uterotónicos, el de uso habitual es la oxitocina, inmediatamente después del parto. Así mismo, debe haber una tracción controlada y sostenida del cordón para que se pueda desprender la placenta y por último, se debe masajear el fondo uterino después de que la placenta se expulse, con la finalidad de que el útero este contraído.

### **Manejo estratégico de la hemorragia postparto\_(30)**

- ✓ Control inicial de la hemorragia:
  - Pedir ayuda. Todo el personal se debe movilizar de manera urgente, para que el trabajo sea coordinado y de manera simultánea sin perder tiempo.
  - Colocación de 2 vías periféricas con abocath N° 18 y suministre soluciones expansoras.
  - Realice una rápida evaluación clínica de la paciente, lo cual incluye los signos vitales.
  - Si hubiera signos de shock, inicie tratamiento de inmediato. Sino lo hubiera, tenerlo en cuenta mientras evalúa a la paciente ya que su estado podría empeorar.

- Realizar masaje uterino para expulsar los coágulos que aún quedan en el útero, los cuales hacen que el útero no se contraiga de manera adecuada.
- Asegure una adecuada permeabilidad aérea y provisión de oxígeno, si fuera necesario.
- Extraer muestras de sangre y colocar sonda vesical para evacuar vejiga mejorando así la retracción uterina y poder medir el gasto urinario.
- Identifique la causa de la hemorragia.
- Verificar que la placenta haya sido expulsada completa, examinar cotiledones y membranas en su totalidad.
- Examinar el cuello uterino y la vagina con valvas
- Inicie el manejo específico de acuerdo a la causa de la hemorragia.

Si el establecimiento de salud no puede tratar a la paciente ni puede controlar la hemorragia, se recomienda estabilizar a la paciente y derivarla a un centro de salud de mayor complejidad.

### **Atonía uterina**

Cuando el útero no se contrae y continua flácido, puede originar una pérdida sanguínea considerable. Primero se debe El manejo debe ser un examen clínico que confirme que efectivamente el útero está atónico y que otras causas han sido descartadas (31).

### **Procedimientos**

- Masaje uterino.
- Uso de medicamentos oxitócicos, los cuales pueden ser juntos o de manera secuencial. El oxitócico ideal es la oxitocina (20 a 40 UI /1 litro ClNa)

- Evaluar si hay la necesidad de administrar hemoderivados.

**Si el sangrado continúa**, verificar de nuevo si la placenta está completa; extraiga restos de tejido placentario si hubiera.

Posteriormente, se deberá evaluar el estado de coagulación, de no contar con laboratorio de emergencia, realice la prueba de coagulación en el momento. Si no se forma un coágulo después de 7 minutos sugiere coagulopatía (31).

Si el sangrado continúa a pesar de lo antes mencionado, realice compresión bimanual del útero, de continuar el sangrado llevar a la paciente al quirófano para realizar una laparotomía exploratoria. Entre los procedimientos para controlar el sangrado tenemos: suturas hemostáticas envolvente (B-Lynch), ligaduras arteriales, histerectomía subtotal e histerectomía total (31)

## **CAPÍTULO II**

### **CASO CLÍNICO**

#### **2.1. Objetivos**

##### **A. General**

Determinar los factores predisponentes y causas directas de la hemorragia posparto en una gestante atendida en un Hospital Nivel III – Lima 2019.

##### **B. Específicos**

1. Identificar el parto precipitado como factor de riesgo para desarrollar hemorragia posparto en una puérpera de un Hospital Nivel III – Lima 2019.
2. Identificar la nuliparidad como factor de riesgo para desarrollar hemorragia posparto en una puérpera de un Hospital Nivel III – Lima 2019.
3. Identificar la atonía uterina y las lesiones del canal vaginal como causas de la hemorragia posparto en una puérpera de un Hospital Nivel III – Lima 2019.



### 2.3. SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO

Fecha de ingreso: **31 de agosto del 2018 21:24 pm**

✓ **Filiación**

- Apellidos y Nombres: XXX
- Edad: 20 años
- Sexo: femenino
- Lugar de nacimiento: Cajamarca
- Estado Civil: conviviente
- Ocupación: ama de casa.
- Grado de Instrucción: 5to secundaria

✓ **Antecedentes**

a) Antecedentes familiares: niega

b) Antecedentes personales:

Patológicos: niega enfermedades

Alergias: niega

Quirúrgicos: niega operaciones

c) Antecedentes Gineco- obstétricos

- Menarquia: 11 años.
- Régimen Catamenial: 3/30
- Inicio de actividad sexual: 16 años
- Número de parejas sexuales: 01
- MAC: hormonales orales
- Fecha de última regla: no recuerda
- Fecha probable de parto: 01 /08/2018 por ecografía
- G1 P0000

- Número de controles prenatales: 09

**SERVICIO DE EMERGENCIA: 31/08/2018 21:24 pm**

- a. **Tiempo de enfermedad:** aprox. 9 horas
- b. **Síntomas principales:** dolor abdominal tipo contracción uterina, pérdida de tapón mucoso
- c. Historia de la enfermedad:

Paciente manifiesta contracciones uterinas desde hace 9 horas (13 horas del día de hoy), con movimientos fetales presentes, se evidencia pérdida de tapón mucoso y no se observa pérdida de líquido amniótico.

**d) Examen físico**

Signos Vitales:

presión arterial: 120/80 mmHg      pulso: 81x'

frecuencia Respiratoria=18x'      temperatura: 37,0°C

Paciente en LOTEPE, AREG, afebril

- Piel y mucosas: tibias, elásticas e hidratadas.
- Tórax y Pulmones: murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares
- Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos y de buena intensidad
- Abdomen: útero grávido

altura uterina: 33 cm      situación posición presentación:

longitudinal cefálico izquierdo,      latidos cardíacos fetales: 158 por minuto,

movimientos fetales: presentes

- Genitales externos: al tacto vaginal: dilatación: 5 cm, altura de presentación: -2, incorporación: 90%, membranas ovulares: integra.

- Miembros inferiores: Sin edemas.

e) **Impresión diagnóstica:**

- Primigesta de 40 4/7 semanas por ecografía de 1er trimestre.
- Fase activa del trabajo de parto.
- **f) Plan/indicaciones**

1.- Pasa a hospitalización al servicio de sala de partos

2.- Se canaliza vía CI de Na al 9% 30 gotas por minuto

3.- Se instala monitor materno fetal constante

4.- Se apertura partograma

5. Control de funciones vitales

**31/08/18**

**21:50**

**Atención en centro obstétrico:**

21:50 Paciente ingresa a sala de partos.

**Se inicia manejo del primer periodo de trabajo de parto:dilatacion.**

Funciones vitales:

presión arterial: 120/70 mmHg      pulso:88 x'

frecuencia respiratoria: 20 x'      temperatura: 36,8°C

Al examen AREG, LOTEPE, AREN

- Abdomen: útero grávido, frecuencia cardíaca fetal:158 por minuto, movimientos fetales: presentes
- Genitales externos: dilatación: 5 cm altura de presentación: -2  
incorporación: 90%, membranas ovulares: íntegras.

Se apertura partograma.

Se instala monitor materno fetal constante

**22.50** Latidos fetales: 160- 162 lpm, dinámica uterina: 4-5 contracciones/10 min, duración: 40",

tacto vaginal: dilatacion: 9 cm, altura de presentacion: 0, incorporado: 95%,  
menbranas ovulares: ruptura espontanea menbranas, liquido claro.

**23.00** Latidos fetales: 158- 160 lpm

dinámica uterina: 4-5/10 min, duración: 35",

tacto vaginal: D: 10 cm, AP: 0, I: 95%, menbranas ovulares: rotas, liquido claro.

Se inicia manejo segundo periodo de parto: expulsivo.

**23:20** Latidos fetales: 168- 179 por minuto

Por latidos fetales taquicárdicos se coloca oxigeno 3 lt por minuto con cánula

binasal. Dinámica uterina: 3-4/10 min, 35-40", ++

**23.30** Latidos fetales: 158 por minuto

Paciente continúa con monitor fetal constante:

tacto vaginal: d: 10 cm, altura de presentacion: +1, incorporado: 100 %,

menbranas ovulares: rotas, liquido claro

Se realiza higiene vulvoperineal y se coloca campos esteriles para atencion de parto integral.

**23:40** LF: 120, latidos irregulares sigue con oxigeno 3 lt por minuto con cánula

binasal, dinámica uterina: 3-4/10 min, 35-40", ++.

**23:50** Se realiza infiltración de xilocaína para episiotomía

**23:58** Se produce parto distócico por parto precitado (a las 21.50 tenía 5 cm de

dilatación y a la hora 23 horas estaba con 10 cm por lo menos debió pasar 5

horas.

por ser primeriza) tuvo recién nacido femenino con peso 3,670 recién nacido grande, APGAR 9', con llanto energético. Se realiza apego y contacto piel a piel.

**Se inicia manejo tercer periodo de parto: alumbramiento.**

**23:59** Se administra oxitocina 10 UI para alumbramiento activo.

**01/09/2018 00:05** Se produce la expulsión de la placenta, por alumbramiento dirigido con Oxitocina 10UI intramuscular, produciéndose la expulsión de la placenta con membranas y cotiledones completos, sangrado vaginal durante todo el parto 350 cc.

**Se inicia cuarto periodo de parto: manejo 2 horas postparto**

**00:10** Se inicia la sutura de la episiotomía más desgarro I grado, con catgut crómico previa infiltración de xilocaína al 2% sin epinefrina.

**00:30** Útero hipotónico (atonía uterina)

Se realiza masaje bimanual y se extrae coágulos en regular cantidad.

Se coloca 20 UI oxitocina en un frasco de Cloruro de sodio 9% 1000 cc.

Se evidencia sangrado en regular cantidad 300 cc.

Se instala otra vía en brazo derecho Cl de NA al 9 % solo.

Se comunica a ginecólogo de guardia.

Paciente estable, PA: 110/60 mmHg, FC: 100 x', T: 37.8 ° C, SatO2: 98%.

**01:30** PA: 110/70 mmHg, FC: 112 x', T: 38.5 ° C SatO2 :98%.

Se administra cefazolina 2gr endovenoso en volutrol, indicado por médico de guardia, por temperatura de 38.5° C paciente febril.

Útero contraído altura uterina de 16 cm

**01 :45** PA : 110/60, FC : 120 x', T : 38 ° C SatO2 :98%. Se solicita hemograma y se saca muestra de orina (sedimento de orina) con sonda nelaton y se envía a

laboratorio de emergencia.

**02 :00** PA : 110/70, FC : 118 x', T : 37.5 C° SatO2 :96 %, útero contraído : 17 cm

Se pasa 500 de Cl de Na al 9 % x 1000 solo

Genitales Externos: Se evidencia escaso sangrado vaginal.

**Para el manejo clínico de la Atonía Uterina se apertura la clave roja**

**02:30** Se encuentra nuevamente útero hipotónico (atonía uterina)

Se pasa II frasco de ClNa 9% solo 500 cc a chorro

Se comunica médico gineco obstétrica quien indica revisión de cavidad por sangrado.

**02:35** Hematocrito control postparto: 35%; Hb:11.2 g/dl

**02:40** Se administra 1 ampolla de atropina 0.25 endovenoso lento y diluido.

Se administra diazepam 10 mg 1 ampolla endovenoso lento y diluido.

**02:45** Presión arterial: 130/70, frecuencia cardíaca: 128x', temperatura 37,5° C, SO2:96 %.

Se colocan valvas en canal vaginal para la revisión del canal vaginal y/o cérvix; el cual confirma la presencia de un desgarro cervical sangrante, procediéndose a la sutura de forma inmediata por parte de medico gineco obstetra de guardia.

Se observa la presencia de sangrado vaginal en regular cantidad antes de la sutura de cérvix, de más o menos 200 cc.

Se realiza compresión del útero bimanual

Se administra ergometrina 0,2 mg 1 ampolla Intra muscular.

Se coloca tampón en canal vaginal

**02:55**

Presión arterial: 130/70, frecuencia cardíaca:118 por minuto, temperatura 37,5°

Se coloca Poligelina 9% 1000 cc

Se coloca II frasco de ClNa al 9% 1000 + 20 UI oxitocina pp 800 cc

Se administra Misoprostol 4 Tabletas 200 mg vía rectal.

**03:20** PA: 100/60, FC 103x, T 37° C, SatO2: 98 %

Se coloca sonda Foley con bolsa colectora de orina para el monitoreo del flujo urinario. Paciente con monitor materno permanente.

Queda con tampón en canal vaginal

Útero contraído 17 cm

Loquios hemáticos en poca cantidad

Hemorragia posparto debido a parto precipitado que trajo como consecuencia Atonía y desgarro de cuello.

Hemorragia post parto resuelta con clave roja, sutura de cérvix y comprensión bimanual de útero.

**04:00** Hto control post revisión de cavidad: 23 %, Hb: 7,9 %

**04:30**

Resultados:

Hemograma

Leucocitos: 20,7 K/uL

Linfocitos: 6,1 %

Monocitos: 8,6 %

Segmentados: 85,2 %

Plaquetas: 193 ^3/uL

**07:00:** Útero contraído 17 cm.

Loquios hemáticos en poca cantidad. Diuresis 1000 cc

**09:30:** Se administra cefazolina 2gr EV en volutrol

**09:45:** PA: 80/50 mmHg, FC: 106 x', T: 37,5 °C, SatO2: 98%, diuresis: 200 cc.

Pasa al servicio de Aro A (unidad de cuidados obstetricos especiales) con Dx  
Puerpera Inmediata 9 horas de evolucion , Shock hipovolemico en remision por  
Atonia Uterina

**19:00:**

Presion arterial: 100/60 mmHg, frecuencia cardíaca: frecuencia cardiaca:

100 por minuto, temperatura: 37,2 °C , SPO2: 98%. Diuresis: 1000 cc

Paciente evoluciona favorablemente, estable, niega molestias

Útero contraído 15 cm

Loquios hemáticos en poca cantidad

**02/09/2018**

**07:30** Paciente AREG,útero contraído 14 cm

Loquios hemáticos en poca cantidad. Se retira sonda Foley

**17:00** Se administra Cefazolina 1 gr EV

**18:50** PA:110/70 mmHg FC: 128x' T:37,2°C

**21:45** Hb: 7.9 g/dl Hematocrito: 23,5%

**22.00** En visita médica se suspende Cefazolina e indican Clindamicina +  
Gentamicina.

**23:30** Se administra en Volutrol 100 cc: Clindamicina 600 mg+, Gentamicina 160  
mg. endovenoso.



**03/09/2018**

**00:00** Se administra en Volutrol 200cc: 2 ampollas de fierro sacarato endovenoso.

**02.00** Se transfunde un paquete globular

**04:30** PA: 110/70 mmHg, FC: 100 x', T:36,8°C.

**07:00** Presión arterial: 100/60 mmHg, frecuencia cardiaca: 88 por minuto, temperatura: 36,8° C.

Paciente no refiere molestias

Al examen: útero contraído: 14 cm

Genitales externos: loquios hemáticos escasos sin mal olor

Dx: Puérpera de 3 días de evolución

Shock hipovolémico en remisión

Post revisión de cavidad

Desgarro cervical

**14:00** Se administra en volutrol 100 cc: Clindamicina 600 mg+ Gentamicina 160 mg.

**20:00** Se administra Clindamicina 600 mg endovenoso.

**23:32** Se administra Gentamicina 160 mg endovenoso.

**04/09/2018**

**07 :00** PA : 100/70 mmHg, FC : 88 x', temperatura : 36,8°C.

Al examen: útero contraído: 14 cm.

Genitales externos: loquios hemáticos sin mal olor.

Dx Puérpera Mediata 4to día de evolución

Post revisión de cavidad

Desgarro cervical

Shock Hipovolémico en remisión por atonía uterina

Anemia Moderada

Hb: 9.6g/dl Hematocrito: 28,9% post transfusión de paquete globular

Alta con indicación médica.

### **2.3. Discusión**

Encontramos que la nuliparidad representa un factor de riesgo de hemorragia postparto, tal como lo mencionan Cruz e Iglesias en sus respectivos estudios, donde encontraron que el 50% y 53% de las gestantes nulíparas tuvo hemorragia postparto (7,8).

Otro factor de riesgo para la hemorragia postparto fue el parto precipitado. Este hallazgo concuerda con los estudios realizados por Córdova, Rosadio, Iglesias y Buchillón, los cuales manifiestan que el parto precipitado es un factor de riesgo a considerar (6,7,10,11).

Consideramos como causa de hemorragia postparto a la atonía uterina, tal como lo menciona Cruz en su estudio, además también menciona a las lesiones del canal vaginal como causas, dicho coincide con los trabajos de Rosadio, Iglesias y Córdova. (7,8,10,11).

## **2.4. Conclusiones**

- Como principales factores de riesgo para desarrollar hemorragia postparto se encontraron: nuliparidad y parto precipitado.
- La atonía uterina es una causa directa de hemorragia postparto tal como se puede apreciar en la historia clínica como en la literatura.
- Las lesiones en el canal vaginal son causa de hemorragia postparto, sobre todo los desgarros cervicales, tal como ocurrió en nuestro caso clínico.

## **2.5. Recomendaciones**

- El manejo de la hemorragia postparto debe ser socializada a todo el equipo multidisciplinario de centro obstétrico.
- La clave roja es la estrategia que se usa para poder manejar de manera oportuna esta patología y así evitar una muerte materna. Para ello se debe supervisar que siempre se cuente abastecido de insumos, equipos y medicamentos en todos los niveles de atención, ya que la emergencia obstétrica puede ocurrir en cualquier momento.
- Realizar una buena anamnesis y revisión de los carnets de control perinatal, con la finalidad de poder detectar factores de riesgo para hemorragia postparto y así estar preparados para una posible eventualidad durante la atención de parto.
- Continuar con los trabajos de investigación sobre hemorragia postparto, ya que provoca un mayor número de las muertes maternas.

## **Bibliografía**

1. Sebghati M, Chandraharan E. An update on the risk factors for and management of obstetric hemorrhage. *Women's Health*. Agosto de 2017;13(2):34–40.
2. Maswime S, Buchmann E. A systematic review of maternal near miss and mortality due to postpartum hemorrhage. *Int J Gynecol Obstet*. Abril de 2017;137(1):1–7.
3. Evensen A. Postpartum Hemorrhage: Prevention and Treatment. 2017;95(7):10.
4. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A-B, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. junio de 2014;2(6): e323–33.
5. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Boletín Epidemiológico del Perú [Internet]. Perú; 2019 [citado el 29 de junio de 2020]. Report No.: SE 52. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/52.pdf>
6. Buchillón RP, Ramírez WJR, Pérez YR, Martínez LRC, Díaz GD, Peláez ALI. Hemorragia posparto temprana en puérperas atendidas en el Hospital General Provincial Docente de Ciego de Ávila. *MediCiego*. el 12 de mayo de 2017;23(4):4–11.
7. Iglesias J. Factores de riesgo asociados a hemorragia post- parto, en las mujeres que fueron atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia, del HECAM,

Matagalpa en el período 2010-2013. [Nicaragua]: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2016.

8. Cruz M. Factores de riesgo asociados a hemorragia postparto inmediato en el Hospital José María Velasco Ibarra octubre 2013- marzo 2014. [Ecuador]: Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2016.

9. Román-Soto JM, Oyola-García AE, Quispe-Ilanzo MP, Román-Soto JM, Oyola-García AE, Quispe-Ilanzo MP. Factores de riesgo de hemorragia primaria posparto. *Rev Cuba Med Gen Integral*. marzo de 2019;35(1).

10. Córdova R, Quevedo A. Factores asociados a hemorragia postparto inmediato en púerperas atendidas en el Hospital Saul Garrido Rosillo II-1 Tumbes 2015-2016. [Tumbes, Perú]: Universidad Nacional de Tumbes; 2018.

11. Rosadio A. Factores de riesgo asociados a la hemorragia post parto en pacientes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales Comas en el período 2012 - 2014. [Lima]: Universidad San Martín de Porres; 2015.

12. Borovac-Pinheiro A, Pacagnella RC, Cecatti JG, Miller S, El Ayadi AM, Souza JP, et al. Postpartum hemorrhage: new insights for definition and diagnosis. *Am J Obstet Gynecol*. Agosto de 2018;219(2):162–8.

13. Lalonde A, FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. *Int J Gynecol Obstet*. mayo de 2012;117(2):108–18.

14. Rath WH. Postpartum hemorrhage - update on problems of definitions and diagnosis\*: Postpartum hemorrhage - definitions and diagnosis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* mayo de 2011;90(5):421–8.
15. Organización Panamericana de la Salud. La Hemorragia Postparto. Boletín informativo. [Internet]. 2015 jun [citado el 30 de junio de 2020].
16. Combs CA, Murphy EL, Laros RK. Factors associated with postpartum hemorrhage with vaginal birth. *Obstet Gynecol.* enero de 1991;77(1):69–76.
17. FLASOG. Hemorragia Postparto ¿Dónde estamos y hacia dónde vamos? 2017;130.
18. Leduc D, Senikas V, Lalonde AB, Leduc D, Ballerman C, Biringer A, et al. Active Management of the Third Stage of Labour: Prevention and Treatment of Postpartum Hemorrhage. *J Obstet Gynecol Can.* octubre de 2009;31(10):980–93.
19. Karlsson H, Pérez Sanz C. Hemorragia postparto. *An Sist Sanit Navar.* 2009; 32:159–67.
20. Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas. Guía de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive: guía técnica. Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas; 2007.
21. Benites E. Retención placentaria como causa de hemorragia postparto en el Hospital de Vitarte - caso clínico 2015. [Internet]. [Perú]: Universidad Privada de Ica; 2016 [citado el 30 de junio de 2020].

22. Selo-Ojeme DO, Okonofua FE. Risk factors for primary postpartum hemorrhage. *Arch Gynecol Obstet.* el 1 de julio de 1997;259(4):179–87.
23. Reece EA, Hobbins JC. *Obstetricia clínica / Clinical Obstetrics*. Ed. Médica Panamericana; 2010. 1336 p.
24. Organización Mundial de la Salud. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para obstetrices y médicos [Internet]. *Integrated Management of Pregnancy and Childbirth*; [citado el 6 de julio de 2020] p. 438. Disponible en: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/WHO\\_RHR\\_00.7\\_spa.pdf?ua=1](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/WHO_RHR_00.7_spa.pdf?ua=1)
25. Merino P, Zúñiga P, Carvajal J. Manejo intraparto de embarazadas con trastornos hereditarios de la coagulación. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2006;71(1):47–56.
26. Años J #stem-E• H 2. Alteraciones congénitas y adquiridas de la coagulación: revisión del tema. [Internet]. Steemit. 2018 [citado el 6 de julio de 2020].
27. Karlsson H, Pérez C. Hemorragia postparto Postpartum haemorrhage. *An Sist Sanit Navar.* 2009;32(Supl 1):159–67.
28. Benson G. Primary post-partum hemorrhage – Causation and management. *J Perioper Pract.* abril de 2019;29(4):75–80.
29. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. *Guía de Práctica Clínica*. [Internet]. Quito:



MSP; 2013 [citado el 11 de julio de 2020]. 36 p. Disponible en:  
<https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Gu%C3%ADa-de-hemorragia-postparto.pdf>

30. Casale DR, Basanta DN, Fabiano DP, Lukeštik DJ, Tissera DR. Actualización de consenso de obstetricia “Hemorragia postparto”. 2019;40.

31. Ministerio de Salud. Guía para la prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia posparto [Internet]. Argentina; 2010 [citado el 13 de julio de 2020]