



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

FACTORES ASOCIADOS A LA HEMORRAGIA POSTPARTO EN

GESTANTE PRIMIGESTA DE 39 SEMANAS ATENDIDA EN

IPRESS I-4

PRESENTADO POR

LILY MARIBEL CALDERON CABANILLAS

ASESOR

ELIZABETH ENI YALAN LEAL DE MICHILOT

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN

OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO

RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS

MOQUEGUA – PERÚ

2023

ÍNDICE DE CONTENIDO

PÁGINA DE JURADO	I
DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS	III
ÍNDICE DE CONTENIDO	IV
ÍNDICE DE TABLAS	V
ÍNDICE DE FIGURAS	VI
RESUMEN	VII
ABSTRACT	VIII
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1.-DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.2.- JUSTIFICACIÓN	3
1.3.- MARCO TEÓRICO	4
1.3.1.- ANTECEDENTES	4
1.3.2.- CONCEPTOS BÁSICOS DE LA ENFERMEDAD O EVENTO	8
1.3.2.1. Generalidades	8
1.3.2.2. Etiología	8
1.3.2.3. Factores de riesgo	10
1.3.2.4. Diagnóstico	10
1.3.2.5. Manifestaciones clínicas	12
1.3.2.6. Tratamiento	13
1.3.2.7. Evolución	17
1.3.2.8. Prevención	17
CAPÍTULO II: CASO CLÍNICO	18
2.1.- OBJETIVOS	18
2.2. SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO	19
2.3. DISCUSIÓN	38
2.4. CONCLUSIONES	39
2.5. RECOMENDACIONES	40
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Causas de hemorragia postparto Rev. Med. Clin. CONDES – 2014.....9

Tabla N° 2: Clasificación de shock hemorrágico, N Engl J Med-2018.....12

Tabla N° 3: Intervenciones farmacológicas ante una hemorragia postparto UpToDate-
2022.....15

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1: Muerte materna según causa de fallecimiento, SE22-2019.....	2
Figura N° 2: Pictograma para la estimación visual de la hemorragia obstétrica. Ministerio de Salud Pública Ecuador-2017.....	13
Figura N° 3: Ejemplo de lista de verificación para el manejo de la hemorragia postparto UpToDate-2022.....	16

RESUMEN

La hemorragia es la primera causa de mortalidad materna, en especial la hemorragia postparto que se presenta dentro de las 24 primeras horas del nacimiento. Es sabido que la primera causa de hemorragia postparto es la atonía uterina seguida por los desgarros del canal del parto. Su rápida identificación y tratamiento según la bibliografía y normativa vigente determinará la adecuada resolución de los casos, reduciendo así la morbilidad y mortalidad materna.

Se presenta el caso clínico de una gestante de 18 años que ingresa con diagnóstico de primigesta de 39 semanas por última menstruación, fase latente de trabajo de parto, con tratamiento de infección urinaria, a descartar preeclampsia y con hemoglobina de 13.4 gr %, pasa a observación, indicando reevaluación en 2 horas. A los 30 minutos rompe membranas líquido claro y a la hora y media se produce el parto eutócico con recién nacido vivo, pero en el puerperio inmediato presenta complicaciones como sangrado vaginal abundante por desgarro cervical e hipotonía uterina. Finalmente, con evolución favorable y la paciente sale de alta con buen estado de salud.

El trabajo es de tipo descriptivo y retrospectivo basado en la observación documental de la historia clínica. Se concluye que los factores predisponentes para hemorragia postparto fueron parto precipitado; y que el manejo realizado para la hemorragia está acorde a lo establecido en la bibliografía y guías clínicas.

Palabras claves: Hemorragia postparto, desgarro cervical, hipotonía uterina.

ABSTRACT

Hemorrhage is the leading cause of maternal mortality, especially postpartum hemorrhage that occurs within the first 24 hours of birth. It is known that the first cause of postpartum hemorrhage is uterine atony followed by tears of the birth canal. It's rapid identification and treatment according to the bibliography and current regulations will determine the adequate resolution of the cases, thus reducing maternal morbidity and mortality.

The clinical case of an 18 years old pregnant woman who was admitted with a diagnosis of primigravida at 39 weeks due to her last menstruation, latent phase of labor, treated for urinary tract infection, to rule out preeclampsia and with hemoglobin of 13.4 gr%, is presented. observation, indicating reassessment in 2 hours. Thirty minutes later, clear liquid ruptured the membranes and after an hour and a half eutocic delivery occurred with a live newborn, but in the immediate puerperium she presented complications such as abundant vaginal bleeding due to cervical tear and uterine hypotony. Finally, with favorable evolution and the patient is discharged in good health.

The work is descriptive and retrospective based on the documentary observation of the clinical history. It is concluded that the predisposing factors for postpartum hemorrhage were hasty delivery; and that the management performed for the hemorrhage is in accordance with what is established in the bibliography and clinical guidelines.

Keywords: Postpartum hemorrhage, cervical tear, uterine hypotony.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Según lo que refiere la Organización Mundial de la Salud (OMS), los eventos de muerte materna son eludibles, ya que la mayoría se evitarían mediante la implementación de las soluciones sanitarias para la prevención y/o tratamiento de las complicaciones en el transcurso del embarazo, parto o puerperio, tales como que todas las mujeres tengan igual acceso a la atención en salud, mejorando su accesibilidad geográfica, financiera y cultural [1].

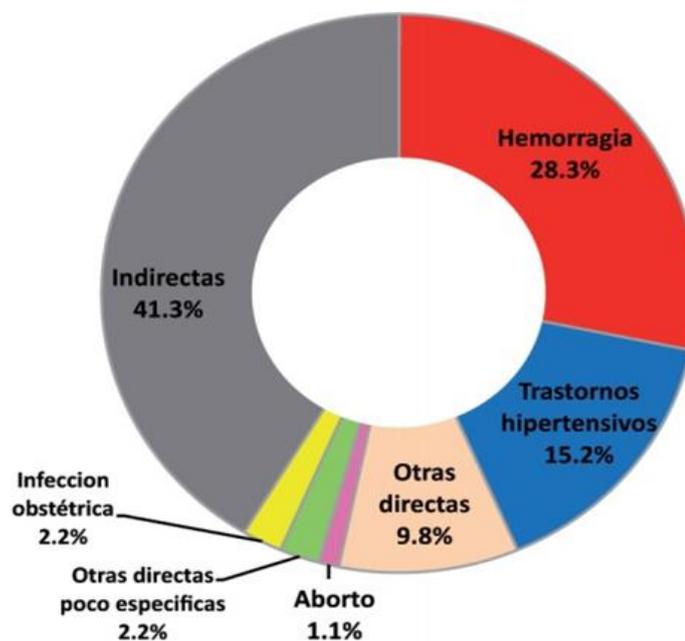
Dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), expresan poder reducir la razón de mortalidad materna en todo el mundo, esperando obtener por cada 100 000 nacidos vivos, menos de 70 casos fatales [1].

A nivel nacional, la hemorragia postparto es la principal causa de fallecimiento materno, obteniendo un total de 154 decesos en el año 2019, año previo a la emergencia sanitaria mundial a raíz de la pandemia por COVID-19 [1].

En el siguiente trabajo se evidencia un caso clínico de una mujer que ingresa por emergencia siendo una primigesta de 39 semanas, con diagnóstico de infección urinaria en tratamiento, llegando en fase latente y produciéndose un parto precipitado, durante la atención de parto se evidencia atonía uterina y sangrado puerperal causado por desgarro cervical, el cual fue suturado, al momento de la hospitalización del puerperio se evidencia elevación de la presión arterial y le dieron tratamiento con metildopa en el puerperio y al salir de alta.

El caso clínico muestra múltiples patologías entre hemorragias, infecciones o sepsis e hipertensión, las cuales son las principales causas directas de muerte materna durante la gestación.

Figura N° 1. Muerte materna según causa de fallecimiento, SE22-2019.



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades MINSA 2019 [1].

1.2. JUSTIFICACIÓN

El caso clínico presentado a continuación es una gestante primigesta de 39 semanas de 18 años, presentando una gestación con las tres primeras causas directas de muerte materna: hemorragia postparto, estado hipertensivo del embarazo e infección, para poder realizar su revisión, se identifican los factores de riesgo asociados a la hemorragia postparto, entre ellos encontramos, el parto precipitado, la atonía uterina, laceración de cuello uterino y la preeclampsia.

Las patologías expuestas en el presente caso clínico, nos invitan a realizar un análisis detallado de lo expresado en la bibliografía y protocolos de atención actualizados, para obtener el conocimiento necesario al ser egresados de la especialidad de emergencias obstétricas, alto riesgo y cuidados críticos maternos.

1.3. MARCO TEÓRICO

1.3.1. ANTECEDENTES

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Osorio Ríos (2016), Nicaragua, realizó un estudio de tipo descriptivo y transversal en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, se menciona en la investigación que la hemorragia postparto es una causa importante de muerte materna, siendo la principal causa de ésta la hipotonía uterina en la cual de una muestra de 57 pacientes que acudieron para parto vaginal o cesárea ésta representó el 91,2% de los casos, seguido los desgarros del canal del parto con 14 % y la placenta retenida y restos ovulares en 5.2%. En el estudio se encontraron a las pacientes con más de una causa de las previas descritas. El resultado indica que el personal de salud debe contar con las normativas y protocolos establecidos para el abordaje de la hemorragia postparto establecidas en las normas de Ministerio de Salud, como el empleo de oxitócicos en casos de atonía; lo cual brindará un indicador de calidad que evitará las muertes maternas [2].

Fawed et al (2016), Honduras. se realizó un estudio de tipo analítico y descriptivo en el Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras, donde se verificaron 380 expedientes, empleando el tipo de muestreo probabilístico, clasificando 3 categorías etarias: Mujeres de 10 a 19 años, de 20 a 35 años y las mayores o iguales de 36 años, todos los grupos representando aproximadamente un 33% del total de la muestra obtenida de 380 participantes, donde el 235 (61,8%) sufrieron complicaciones durante la gestación, la más frecuente fueron los desgarros perineales que se presentaron en 107 de los casos (28.1%), ruptura prematura de membrana con 23 casos(6.0 %), anemia con 20 casos (5.2%) y parto precipitado 13 casos (3.4%). La incidencia de las complicaciones se da más en el grupo de 10-19 años, con 99 (42.1%) del total de las participantes y en menor frecuencia con 61 (25.9%) del total de la muestra, considerando finalmente a la variable edad como primer factor de riesgo durante el embarazo, permitiendo identificar si el transcurso del mismo es favorable o desfavorable en el desarrollo fetal. A su vez se logra concluir con el estudio que las complicaciones se pueden dar antes y después del parto, por tal motivo el considerar la detección temprana y una adecuada vigilancia del personal de salud en estos grupos etarios [3].

Rodny et al (2017), Cuba. Se realizó un estudio de tipo descriptivo y transversal, en el Hospital General Dr. Agostinho Neto, Guantánamo, el cual tuvo como objetivo el caracterizar el estado actual del comportamiento de las hemorragias postparto. Los resultados observados indicaron que los grupos etarios de adolescente y de edad materna avanzada, así también las que tuvieron comorbilidades tales como

hipertensión arterial y diabetes mellitus tuvieron mayor riesgo de desarrollar una hemorragia postparto, así como de un trabajo de parto prolongado [4].

ANTECEDENTES NACIONALES

Gil Cusirramos Martín (2015), Lima, realizó un estudio de tipo analítico de casos y controles, retrospectivo y transversal, en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, donde la población se conformó por las pacientes que tuvieron hemorragia postparto a consecuencia de atonía uterina, mediante revisión de historias clínicas encontrando un total de 80 casos. Entre los resultados se encontró que la atonía uterina se presentó mayormente en mujeres mayores de 30 años (66,3%), además de que las multigestas y las multíparas fueron en el estudio factor de riesgo para desarrollar hemorragia postparto [5].

Vela Coronado Sandra (2016), Lima, realizó un estudio de tipo analítico de casos y controles, retrospectivo y transversal en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, donde se analizaron 85 historias clínicas teniendo 38 casos y 47 controles. El estudio considera como trabajo de parto disfuncional, a la prolongación de la fase activa, la detención de la dilatación y del descenso de la cabeza fetal, período expulsivo prolongado, la precipitación del parto e hipodinamia uterina, los cuales aumentan el riesgo de morbilidad materna por el riesgo de incrementar el desenlace de una hemorragia postparto por atonía uterina (OR: 3,8 con un IC 95% 1,5-9,4), y por ello la importancia de una detección e intervención temprana en la evolución del parto.

Se encontró en los resultados que no existió mayor significancia estadística entre el grupo de control y el de estudio, este hecho fue diferente en la fase latente prolongada, donde sí hubo diferencia estadística significativa entre los casos y controles, siendo que en los casos de atonía uterina se logró concluir que una fase latente prolongada es un factor de riesgo para desarrollar esta condición [6].

Santana Ahuanari Luis (2018), Iquitos, realizó un estudio de tipo analítico de casos y controles, retrospectivo, donde la población fueron todas las gestantes que tuvieron hemorragia postparto inmediato (casos) obteniendo 71 durante el período de estudio.

Se concluye que antecedentes de hipertensión gestacional incrementaron en 3.9 veces el riesgo de sufrir hemorragia postparto (OR: 3.97; IC: 1.74 - 9.04).; mientras que unos controles prenatales inadecuados lo incrementaron en 2.4 veces (OR: 2.44; IC: 1.23 - 4.82); y por último la obesidad materna incrementó en 3.5 veces más el riesgo de hemorragia postparto inmediato (OR: 3.57; IC: 1.11 - 11.50) [7].

1.3.2. CONCEPTOS BÁSICOS DE LA ENFERMEDAD O EVENTO

GENERALIDADES

Hemorragia postparto: Es la pérdida estimada de sangre de 500 ml o más luego del parto vaginal, o igual o más de 1000 ml después de un parto por cesárea. Se presenta en las primeras 24 horas luego del parto: una gran parte de estos eventos podrían prevenirse a través del uso profiláctico de agentes uterotónicos durante el alumbramiento y con un tratamiento pertinente y adecuado [8].

ETIOLOGÍA

Atonía uterina: Causa más frecuente de hemorragia postparto, se presenta durante la etapa de alumbramiento, es por ello que al momento de la separación de la placenta se recomienda realizar inmediatamente un masaje sobre el útero buscando su contracción efectiva y así la oclusión de los vasos uterinos evitando la hemorragia [8].

Trauma: Consecuencia de laceraciones, hematomas y/o rupturas por incisiones quirúrgicas [8].

Trastornos de la placenta: Placenta adherida a planos profundos de las paredes uterinas que dificulta su retiro mediante la maniobra de Credé [8]

Trastornos de hemostasia: Por alteración en la acción de la cascada de la coagulación, y/o disfunción plaquetaria sea adquirida o hereditaria [8].

Tabla N° 1. Causas de hemorragia postparto.

LAS CUATRO “T”	
Tono	70 % Incluye la atonía o inercia uterina.
Trauma	19 % Incluye trauma uterino (rotura e inversión uterina) y laceraciones de cuello y vagina.
Tejidos	10 % Incluye retención de restos placentarios y coágulos y placentación anormal.
Trombina	1 % Incluye coagulopatías congénitas o adquiridas. (Hemofilia, Enfermedad de Von Willebrand)

Fuente: Revista Médica Clínica CONDES 2014 [9].

FACTORES DE RIESGO

- Retención de placenta y/o membranas ovulares.
- Trabajo de parto prolongado/detenido durante la etapa de dilatación o expulsión.
- Laceraciones.
- Parto vaginal asistido con fórceps.
- Feto macrosómico.
- Trastornos hipertensivos (preeclampsia, eclampsia, síndrome de HELLP).
- Inducción del parto.
- Placentación anormal (previa o acreta).
- Desprendimiento de placenta.
- Preeclampsia grave.
- Muerte fetal intrauterina [10].

DIAGNÓSTICO

Atonía uterina: Se halla cuando el útero no se vuelve firme a la palpación (ausencia de tonicidad uterina) posterior a la expulsión de la placenta. Con la atonía difusa, el útero flácido y dilatado puede contener una cantidad significativa de sangre, por lo que la pérdida de esta puede ser mucho mayor de lo observado. Se recomienda realizar una evaluación a nivel abdominal y vaginal para observar si tanto las zonas del fondo del útero y el segmento uterino inferior se encuentran contraídas o no en cada zona respectivamente [11].

Trauma: Después del parto vaginal podríamos encontrar un trauma tisular, el cual se diagnostica mediante el examen físico, incluyendo la evaluación del perineo, presencia de hematomas vaginales, vulvares y laceraciones cervicales [12].

En el caso de una cesárea, la hemorragia uterina generalmente es causada por la extensión lateral de la incisión, resultando en el desgarro de un segmento uterino inferior edematoso durante este tipo de parto, a causa de una incisión demasiado baja o no suficientemente curva en el segmento inferior, o una apertura pequeña por la cual forzosamente pasó el feto. Este tipo de hemorragia se determina mediante inspección de la incisión, así como de las paredes pélvicas laterales y el ligamento ancho [12].

Trastornos de la placenta: La placenta acreta (adherida a la pared uterina), generalmente se diagnostica prenatalmente mediante ecografía, sin embargo, la placenta retenida se la puede reconocer clínicamente cuando ésta no ha sido expulsada dentro de los 30 minutos posteriores al nacimiento [11, 12].

Trastornos de la hemostasia: Frente a una hemorragia postparto aguda, se debe sospechar coagulopatía en pacientes con uno o más de los siguientes hallazgos: Nivel bajo de fibrinógeno (<300 mg/dl); trombocitopenia (<100.000/microL); PT prolongado, índice internacional normalizado (INR >1,5) y/o TTPa. Después

evento agudo, puede justificarse una evaluación del factor de la enfermedad de Von Willebrand y la función plaquetaria [11, 12].

Tabla N° 2. Clasificación de shock hemorrágico.

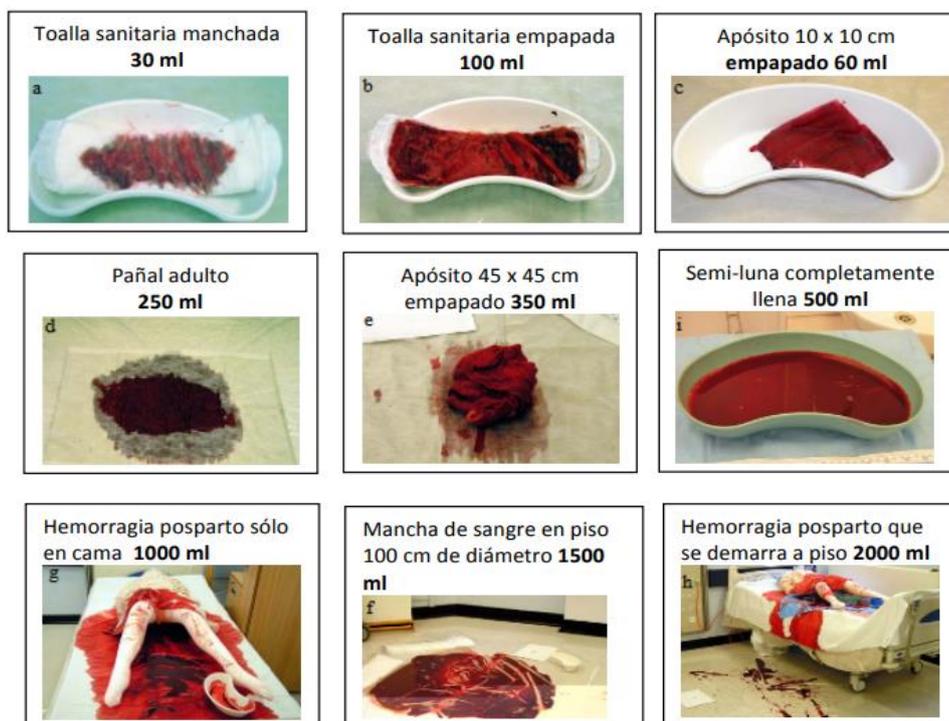
Shock Class	Blood Loss† <i>ml (%)</i>	Heart Rate <i>beats/min</i>	Blood Pressure	Pulse Pressure	Respiratory Rate <i>breaths/min</i>	Mental Status
I	<750 (15)	<100	Normal	Normal	14–20	Slightly anxious
II	750–1500 (15–30)	100–120	Normal	Narrowed	20–30	Mildly anxious
III	1500–2000 (30–40)	120–140	Decreased	Narrowed	30–40	Anxious, confused
IV	>2000 (>40)	>140	Decreased	Narrowed	>35	Confused, lethargic

Fuente: New England Journal of Medicine 2018 [13].

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Pérdida de sangre importante vía vaginal en el postparto o postcesárea.
- Signos de descompensación hemodinámica:
 - Hipotensión.
 - Taquicardia.
 - Oliguria.
 - Palidez.
 - Alteración de conciencia.
 - Mareo.
 - Confusión.
 - Shock hipovolémico.
- Útero flácido o desgarro en el canal del parto [11-13].

Figura N° 2. Pictograma para la estimación visual de la hemorragia obstétrica.



Fuente: Protocolo Score Mamá y claves obstétricas MSP Ecuador 2017 [14].

TRATAMIENTO

- Líquidos intravenosos.
- Compresión uterina externa/interna bimanual.
- Uterotónicos: Oxitocina, ergometrina y misoprostol.
- Ácido tranexámico.
- Antibioticoterapia: Ampicilina, Gentamicina.
- Hemoderivados (Paquetes de glóbulos rojos, aféresis de plaquetas, plasma fresco congelado, crioprecipitado).

- Taponamiento con balón intrauterino (Bakri).
- Suturas de compresión uterina (B-Lynch).
- Clampaje de arterias uterinas vía vaginal (Técnica ZEA).
- Extracción manual de placenta.
- Extracción digital de coágulos y de membranas.
- Traje antichoque.
- Legrado puerperal.
- Histerectomía.
- Evitar hipotermia [11-14].

Tabla N° 3: Intervenciones farmacológicas ante una hemorragia postparto.

Medicamento	Dosificación
Oxitocina (primera línea)	10 a 40 unidades en 500 a 1000 ml de solución salina normal infundidas a una velocidad suficiente para controlar la atonía o 5 a 10 unidades IM hasta cuatro dosis.
Ácido tranexámico (agente adyuvante)	Se infunde 1 g (10 ml de una solución de 100 mg/ml) durante 10 a 20 minutos; si el sangrado persiste después de 30 minutos, se administra una segunda dosis de 1 g.
Ergots (segunda línea)	Metilergonovina 0,2 mg IM o ergonovina 0,2 mg IM cada 2 a 4 horas.
Carboprost (segunda línea)	0,25 mg IM cada 15 a 90 minutos hasta 8 dosis.
misoprostol	800 a 1000 mcg por vía sublingual (preferido) o rectal en una sola dosis.
Factor humano recombinante VIIa (agente adyuvante)	50 a 100 mcg/kg. Es preferible comenzar con una dosis baja (40 o 60 mcg/kg). La dosis puede repetirse una vez cada 15 a 30 minutos si no hay respuesta. Es poco probable que las dosis adicionales sean efectivas.

Fuente: Posibles intervenciones para el tratamiento de la hemorragia postparto.

UpToDate 2022 [11].

Figura N° 3: Ejemplo de lista de verificación para el manejo de la hemorragia posparto.

Complete all steps in prior stages regardless of stage in which the patient presents

Recognize, call for assistance: Charge nurse OB Attending

Designate: Team lead Checklist reader/recorder Second RN

Announce: Cumulative blood loss Vital signs

Stage 1: Blood loss >500 mL to 1000 mL

Initial steps:

- Ensure 16 G or 18 G IV access
- Empty bladder: straight catheter or place indwelling Foley catheter with urimeter
- Fundal massage
- Vital signs every 5 minutes

Medications:

- Oxytocin infusion at bolus rate for up to maximum cumulative dose of 40 units
- Administer appropriate medications, consider patient history

Action:

- PPH kit to bedside
- QBL assessed, announced and recorded every 15 minutes
- Determine etiology and treat
- Consider uterine balloon tamponade

Medications

Oxytocin:

30 units per 500 mL solution; 167 mL = 10 units

Methylergonovine:

0.2 milligrams IM every 2 to 4 hours as needed; avoid with hypertension

Carboprost:

250 micrograms IM (may repeat every 15 minutes, maximum 8 doses); avoid with asthma

Misoprostol:

800 micrograms rectal or
600 micrograms buccal
(1000 micrograms maximum dose)

Stage 2: Blood loss >1000 mL to 1500 mL

Initial steps:

- Place second IV (16 to 18 G)
- Prepare OR if clinically indicated (optimize visualization/examination)

Medications:

- Continue medications as indicated

Action:

- Stat labs: CBC, PT/PTT, INR, fibrinogen
- Type and cross 2 units RBCs
- Transfuse RBCs per clinical signs/symptoms (do not wait for lab results)

Stage 3: Continued bleeding; blood loss >1500 mL

Initial steps:

- Activate OB emergency
- Move to OR; communicate plan (anesthesia/patient position/equipment)
- Mobilize additional help: Notify back-up provider

Medications:

- Continue medications as indicated
- Administer TXA 1 gram IV over 10 minutes; if bleeding persists, administer second dose TXA 1 gram IV
- Re-dose antibiotics

Action:

- Initiate Massive Transfusion Protocol: State "Obstetric patient"
- Stat labs every 30 minutes: CBC, PT/PTT, INR, fibrinogen, blood gas, electrolytes including ionized calcium
- Monitor TEG or ROTEM
- Warm all transfused fluids
- Monitor core temperature; direct warming of the patient to maintain euthermia

OB: obstetra; RN: enfermera registrada; IV: intravenoso; QBL: cantidad de sangre perdida; IM: intramuscular; O: quirófano; CBC: hemograma completo; PT: tiempo de protrombina; PTT: tiempo de tromboplastina parcial; INR: razón internacional normalizada; RBC: Paquete globular; TXA: ácido tranexámico; TEG: tromboelastografía; ROTEM: tromboelastografía rotacional.

Fuente: Escenarios del manejo de hemorragia posparto. UpToDate 2022 [15].

EVOLUCIÓN

En la causa más probable de hemorragia postparto por atonía, la aplicación de los uterotónicos ha demostrado una gran tasa de éxito en casi la totalidad de los casos conduciendo a un rápido control del sangrado (90 - 95%) con una mínima tasa de fallo donde es necesario el manejo quirúrgico (5 – 10%), logrando de igual manera la hemostasia [16].

PREVENCIÓN

El manejo activo de la etapa de alumbramiento mediante el uso profiláctico de uterotónicos como la oxitocina , reduce sustancialmente la incidencia de hemorragia postparto por atonía, siendo razonable la prolongación de la administración de esta posparto cuando la causa fue la atonía [15-17].

La detección temprana de trastornos hemostáticos en la sangre, sería asimismo de utilidad a pesar de su baja incidencia. Sin embargo, de presentarse una hemorragia postparto sin explicación que no responde a las medidas generales debe alertar a los médicos sobre la posibilidad de un trastorno hemorrágico como factor causal, especialmente en pacientes con antecedentes de sangrado menstrual abundante, sangrado excesivo después de un traumatismos menores o antecedentes familiares de un trastorno hemorrágico [13-17].

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1. OBJETIVOS

2.1.1. OBJETIVOS GENERALES

- Identificar los factores de riesgo asociados a la hemorragia postparto, en una gestante de 39 semanas.

2.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar si la atonía uterina es un factor riesgo asociado a la hemorragia postparto.
- Identificar si el parto precipitado es un factor riesgo asociado a la hemorragia postparto.

- Identificar si la laceración del cuello uterino es un factor de riesgo asociado a la hemorragia postparto.
- Identificar si la preeclampsia es un factor de riesgo asociado a la hemorragia postparto.

2.2. SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO

HISTORIA GINECO-OBSTÉTRICA

Fecha: 29/3/19 **Hora:** 06:50 am.

Anamnesis.

Motivo de consulta: Contracciones uterinas.

Forma de comienzo de las contracciones: Semi duro, esporádicas.

No Trabajo de Parto

Antecedentes personales:

Fisiológicos

Menarquia: 11 años **Régimen catamenial:** 7-8 / 30 **Sangrado:** +++

Dolor: Si

G 1 P: 0000 Fecha de última regla : 28/06/18

Fecha probable de parto: 5/04/19

Gestaciones Anteriores: 0

Patológicos: NO

Al Examen Clínico:

Funciones vitales:

Presión arterial: 130/90 mmHg.

Pulso: 84 por minuto.

Frecuencia respiratoria: 16 por minuto.

Temperatura: 37°C. **Peso:** 70 Kg. **Talla:** 1.60 mt.

ESTADO GENERAL: Aparente buen estado general.

Piel y Mucosa: Normal.

Cabeza y Cuello: Normal

Cardiovascular: Normal

Pulmones: Normal

Fecha: 29/03/19

Hora: 7:00 am

Prueba rápida de ácido sulfasalíclico: Reactiva (+++)

Tira reactiva (++/+++)

Se comunica a Dra.

Se solicita: Perfil preeclampsia.

Diagnóstico: Descartar preeclampsia.

Tratamiento: Metildopa 250 mg. Cada 8 horas por 5 días, vía oral.

11:30 am: Presión arterial: 120/80 mm Hg. Interconsulta a ginecología.

12:19 pm: Dr., evalúa:

Presión arterial brazo izquierdo: 110/80 mmHg.

Presión arterial brazo derecho : 120/80 mmHg.

Análisis:

Hemoglobina: 13.4 gr % Plaqueta: 237.000 mcL Glucosa: 70 mg / dl
Úrea: 32 mg / dL Bilirrubina total: 0.7 mg /dL Bilirrubina directa: 0.2 mg / dL
TGO: 20 U/L TGP: 15 U/L

Se explica a gestante con resultados.

Diagnóstico: - Gestante de 39 semanas.

-No trabajo de parto.

Indicaciones: Su casa.

Fecha: 30/03/19

Hora: 00:45 am

Paciente refiere contracciones continuas, al examen:

Presión arterial: 110/70 mmHg.

Altura uterina: 32 cm. Longitudinal cefálica izquierda

Frecuencia cardíaca fetal: 140 latidos por minuto. Movimientos fetales: ++

Dinámica uterina: Frecuencia 2/10 Intensidad: ++

Tacto vaginal:

Dilatación: 3 cm Incorporación: 80 % Altura de presentación: -3

Membranas: Integras.

Diagnóstico: - Primigesta de 39 semanas.

- Infección del tracto urinario en tratamiento.

- Fase latente de trabajo de parto.

Indicaciones: Reevaluación en 2 horas.

Fecha: 30/03/2019

Hora: 01:20 am

Paciente rompe membranas, líquido claro.

Al examen:

Altura uterina: 32 cm. Longitudinal cefálica izquierda.

Latidos cardíacos fetales: 144 latidos por minuto.

Dinámica uterina: 2-3 contracciones en 10 minutos.

Genitales externos: Normales.

Miembros inferiores: Normal.

Exámenes auxiliares:

Grupo sanguíneo y factor: AB (+)

Hemoglobina: 13.4 gr % Glucosa: Normal

RPR: (-) VIH: (-)

Orina: Leucocitos 20-25 por campo (26-03-2019)

Indicaciones:

- Hospitalización.

- Vía endovenosa con cloruro de sodio al 9 % x 1000 cc.

ORDEN DE HOSPITALIZACIÓN

Fecha: 30/03/2019

Hora: 01:30 am

Edad: 18 años. Sexo: Femenino.

Motivo de hospitalización: Atención de parto.

Diagnóstico:

- Primigesta de 39 semanas.
- Infección del tracto urinario en tratamiento con cefalexina de 500 mg.
- Ruptura espontánea de membranas de 10 minutos.

FECHA: 30/03/2019

HORA: 03:05 am.

Parto eutócico, recién nacido vivo.

Atendido por:		Asistente:	
Episiotomía: Si	Desgarro: Cuello uterino.	Saturado por: Instituto Materno Perinatal.	
Espontáneo: X	Cefálico: X	Podálico:	
Complicaciones: ----			
Observaciones: RAZÓN DE LA INTERVENCIÓN			
ALUMBRAMIENTO:			
Espontáneo: X	Dirigido: X	Duncan: X	Shultze: ---
Extracción Manual: ----	Pérdida sanguínea: 300 cc	Complicaciones:	
CORDÓN UMBILICAL:			
Circular Simple: --	Nudos: ----	Doble:	
Longitud y Grosor, aproximados: 20 cm, 2 cm			Triple:
PLACENTA			
Peso: 250 gr.	Forma: ovoide	Diámetros: 10x15 cm.	
Hematomas: No	Infartos: No	Cotiledones completos: SI	
Cotiledones incompletos: No	Membranas Completas: Si	Membranas disociadas incompletas: No	
RECIÉN NACIDO			

Fecha: 30/03/19 Hora: 03:05 am Sexo: Masculino. Peso: 3232 gr. Talla: 48 cm.						
Edad Gestacional Capurro: 39 semanas. Respiración: si Aspiración: No Intubación: No						
Pediatra presente: Dr. Si: X Ligadura Cordón: Tardía Aspecto General: Bueno						
ÍNDICE DE APGAR TOMADO EN OBSTETRICIA						
		0	1	2	1'	5'
Tono muscular	Flácido		Ligera flexión extremidades.	Movimientos activos	2	2
Respiración	Ausente		Irritable llanto débil.	Bueno llanto fuerte	2	2
Frecuencia cardíaca	Ausente		Menos de 100	100 o más	2	2
Respuesta al catéter, irritabilidad, reflejos.	Ausente		Mueca	Tos o estornudos	1	2
Cianosis (color)	Ausente		Rosado-Azul extremidades.	Rosado	1	1
OBSERVACIONES:					8	9

EVOLUCIÓN OBSTÉTRICA

Fecha: 30/03/19

Hora: 03:05 am.

Presión arterial: 110/60 mmHg. Pulso: 78 por minuto.

Respiración: 29 por minuto. Temperatura: 37°C.

Parto único eutócico, presentación cefálica, líquido claro, ruptura espontánea de membranas de 1 hora y 20 minutos.

Contacto precoz piel a piel, lactancia materna, clampaje de cordón umbilical tardío.

Recién nacido: Sexo masculino Peso: 3232 gr. Talla: 48 cm.

Perímetro cefálico: 33.5 cm. Perímetro torácico: 32 cm.

Perímetro abdominal: 30 cm. Temperatura: 36.8°C.

Apgar: 8 al minuto y 9 a los 5 minutos.

Placenta tipo Duncan, sangrado vaginal de 300 cc, se realiza episiotomía y episiorrafia.

Se coloca oxitocina 20 UI en vía de cloruro de sodio y 10 UI intramuscular.

Se observa sangrado profuso, es trasladada al Instituto Materno Perinatal.

Diagnóstico:

- Puérpera inmediata.
- Alojamiento conjunto.
- Hemorragia postparto.

- Consejería en lactancia materna, planificación familiar y nutrición.

Tratamiento:

- Control de funciones vitales y control de sangrado vaginal.
- Se entrega certificado de nacido vivo.
- Se traslada al Instituto Materno Perinatal por ley de emergencia.

EVOLUCIÓN MÉDICA DIARIA – SALA DE HOSPITALIZACIÓN

FECHA: 30/03/19

HORA: 03:05 am.

Presión arterial: 110/60 mmHg.

Pulso: 78 por minuto.

Respiración: 29 por minuto.

Temperatura: 37°C.

Parto único eutócico, presentación cefálica, recién nacido vivo sexo masculino.

Placenta tipo Duncan, sangrado de 300 cc, se realiza episiotomía y episiorrafia, se observa sangrado profuso, se coloca pinzas en el borde del cuello y al retraerlas ocurre nuevamente sangrado de 300 cc.

Diagnóstico:

- Hemorragia uterina postparto.
- Ruptura de cuello uterino.

Indicaciones:

- Vía endovenosa de cloruro de sodio 9 % por 1000 cc. más 20 UI de oxitocina.

- Colocar oxitocina 10 UI intramuscular.

Se decide transferir al Instituto Materno Perinatal, donde se sutura el cuello uterino.

EVOLUCIÓN OBSTÉTRICA

FECHA: 30/03/2019

Hora: 06:00 am

Presión arterial: 120/90 mmHg.

Pulso: 82 por minuto.

Temperatura: 36.8°C.

Respiración: 24 por minuto.

Puérpera de más o menos 3 horas retorna del Instituto Materno Perinatal.

Mamas blandas y secretantes, útero contraído, loquios hemáticos (+), episiorrafía afrontada.

Dr., ginecólogo indica observación de sangrado vaginal.

Hemoglobina postparto del Instituto Materno Perinatal 10.2 gr %

Diagnóstico: Atonía uterina.

EVOLUCIÓN MÉDICA DIARIA – SALA DE HOSPITALIZACIÓN

FECHA: 30/03/19

Hora: 06:00 am.

Presión arterial: 120/90 mmHg.

Pulso: 82 por minuto.

Temperatura: 36.8°C.

Respiración: 24 por minuto.

Paciente fue dado de alta a las 05:45 am., nos entregan papeleta y lista de medicamentos utilizados, el ginecobstetra nos da informe verbal:

Atonía uterina más laceración de cuello uterino.

Antecedente: Parto precipitado más presentación compuesta.

Dr., indica que las próximas 4 horas presentará presiones arteriales incrementadas.

Diagnóstico:

- Puérpera inmediata.
- Anemia leve.
- Atonía uterina.
- Laceración de cuello uterino suturado.

Indicaciones:

- Oxitocina 20 UI en vía endovenosa de cloruro de sodio al 9 % por 1000 cc.
- Observación de signos de alarma.

EVOLUCIÓN MÉDICA DIARIA - SALA DE HOSPITALIZACIÓN

Fecha: 30/03/2019

Hora: 17:00 pm.

Presión arterial: 110/70 mmHg. Pulso: 80 por minuto. Temperatura: 37°C.

Puérpera de 14 horas de evolución, tuvo hemorragia uterina postparto y la llevaron al Instituto Materno Perinatal, donde le suturaron desgarro cervical.

Obstetra de turno reporta que a las 16:30 pm., presentó episodio de lipotimia luego de asumir bruscamente posición ortostática. Se tomó hematocrito de control.

Resultado: Hematocrito: 22 %.

Fecha y Hora	Evolución obstétrica.
<p>30/03/19</p> <p>9:20 am.</p> <p>12:00 pm.</p> <p>Presión arterial: 110/70 mmHg.</p> <p>Pulso: 88 por minuto.</p> <p>Temperatura: 37.7°C.</p> <p>16:30 pm</p> <p>18:00 pm</p> <p>Presión arterial: 110/60 mmHg.</p> <p>Pulso: 80 por minuto.</p> <p>Temperatura: 37.6°C.</p>	<p>Paciente refiere estar hinchada lado izquierdo de la cara.</p> <p>Presión arterial: 120/70 mmHg.</p> <p>Se comunica a médico de guardia.</p> <p>Puérpera de 9 horas.</p> <p>Útero: Contraído 2 cm debajo de cicatriz umbilical.</p> <p>Loquios: Hemáticos +</p> <p>Episiorrafía: Afrontada.</p> <p>Presenta desvanecimiento al levantarse, se comunica a médico de turno.</p> <p>Hematocrito: 22 %. Se comunica al médico, quien indica hierro polimaltosado endovenoso.</p> <p>Hemoglobina: 7.3 gr. % (30.3.19)</p> <p>Puérpera de 15 horas.</p> <p>Anemia moderada.</p> <p>Mamas: Blandas y secretantes.</p> <p>Útero: Contraído a nivel de cicatriz umbilical.</p> <p>Loquios: Hemáticos (+)</p> <p>Episiorrafia: Afrontada.</p>

<p>23:00 pm.</p> <p>Presión arterial: 120/60 mmHg.</p> <p>Temperatura: 37.1°C.</p> <p>Pulso: 78 por minuto.</p>	<p>Puérpera de 20 horas.</p> <p>Anemia moderada.</p> <p>Infección urinaria en tratamiento con cefalexina.</p> <p>Mamas: Blandas y secretantes.</p> <p>Abdomen: Blando y depresible.</p> <p>Útero: Bien contraído.</p> <p>Loquios: Hemáticos (+).</p> <p>Episiorrafía: Afrontada.</p>
<p>31/03/19</p> <p>06:00 am.</p> <p>Presión arterial: 130/70 mmHg.</p> <p>Temperatura: 36.8°C.</p> <p>Pulso: 90 por minuto.</p>	<p>Puérpera de 27 horas.</p> <p>Anemia moderada.</p> <p>Infección urinaria en tratamiento con cefalexina.</p> <p>(26/03/19)</p> <p>Mamas: Blandas y secretantes.</p> <p>Abdomen: Blando y depresible.</p> <p>Útero contraído por debajo de cicatriz umbilical.</p> <p>Loquios: Hemáticos (+).</p> <p>Episiorrafia: Afrontada.</p> <p>Se solicita hematocrito de control.</p> <p>Hematocrito: 22 % Hemoglobina: 7.3 gr. %</p>

<p>31/03/19</p> <p>08:30 am.</p> <p>12: 00 pm.</p> <p>Presión arterial: 100/60 mmHg.</p> <p>Pulso: 78 por minuto.</p> <p>Temperatura: 36.9°C.</p>	<p>Paciente se encuentra estable y deambulando, médico de turno indica que se queda hospitalizada y por la noche debe ser reevaluada por ginecólogo de guardia.</p> <p>Puérpera de 33 horas en aparente buen estado general y lúcida, orientada en tiempo y espacio.</p> <p>Mamas: Blandas y secretantes.</p> <p>Abdomen: Blando y depresible.</p> <p>Útero: Contraído 2 cm., por debajo de cicatriz umbilical.</p> <p>Loquios: Hemáticos (+) Episiorrafia: Afrontada.</p>
<p>18:00 pm.</p> <p>Presión arterial: 140/80 mmHg.</p> <p>Pulso: 80 por minuto.</p> <p>Temperatura: 37°C.</p>	<p>Puérpera de 39 horas en aparente buen estado general y lúcida, orientada en tiempo y espacio.</p> <p>Mamas: Blandas y secretantes.</p> <p>Abdomen: Blando y depresible.</p> <p>Útero: Contraído 2 cm., por debajo de cicatriz umbilical.</p> <p>Loquios: Hemáticos (+) Episiorrafia: Afrontada.</p> <p>Paciente refiere cansancio a la deambulación, se comunica a médico de turno quien solicita hematocrito de control.</p> <p>Hematocrito: 23 %. Hemoglobina: 7.67 gr. %</p> <p>Interconsulta a ginecología.</p>
<p>31/03/19</p> <p>23:00 pm.</p>	<p>Puérpera de 44 horas / Post atonía uterina / Anemia moderada / Post sutura de desgarro de cuello.</p>

Presión arterial: 120/70 mmHg. Pulso: 84 por minuto Temperatura: 37.2°C.	Mamas: Blandas y secretantes. Útero: Contraído 2 cm debajo de cicatriz umbilical. Loquios: Hemáticos (+) Episiorrafia: Afrontada.
01/04/2019 00:00 am. 03:00 am.	Dr., de turno, entrega receta de venofer a madre de paciente, se coloca venofer endovenoso. Paciente tranquila. Se constata a paciente deambulando. Se solicita, hematocrito.

Paciente en decúbito lateral, en su unidad, lactando a su bebé, consciente, se relaciona con su entorno, ruidos cardíacos normales, no soplos, útero contraído, loquios hemáticos en volumen adecuado.

Fecha y hora:	Evolución médica
31/03/19 6:45 pm.	Puérpera de más de 24 horas de postparto. Antecedente de hipotonía uterina (refiere tratamiento por referencia al hospital).

<p>Frecuencia respiratoria: 16 por minuto.</p> <p>Frecuencia cardíaca: 90 por minuto.</p> <p>Temperatura: 37°C.</p> <p>Presión arterial: 120/60 mmHg.</p>	<p>Hemoglobina: 7.3 gr. %</p> <p>Recibe tratamiento con polimaltosado endovenoso, refiere sentirse mejor, no mareos, aparente regular estado general, lúcida orientada en tiempo y espacio.</p> <p>Abdomen: Blando, útero contraído.</p> <p>Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Puérpera más de 24 horas postparto. - Anemia moderada- severa. - Infección urinaria. <p>Indicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dieta completa, control de sangrado vaginal. - Control de funciones vitales cada 6 horas. - Deambulación. - Cefalexina 500 mg cada 6 horas vía oral. <p>Se solicita hemoglobina de control.</p>
<p>31/03/19</p> <p>12:50 pm</p> <p>Presión arterial: 100/60 mmHg.</p> <p>Frecuencia cardíaca: 76 por minuto.</p> <p>Temperatura: 36.9°C.</p>	<p>Puérpera de 33 horas, asintomática, deambula pero se cansa y transpira. Aparente buen estado general, afebril.</p> <p>Mamas: Blandas.</p> <p>Abdomen: Blando depresible,</p> <p>Útero: Bien contraído. Loquios: Normales.</p> <p>Episrorrafía: Afrontada.</p> <p>Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Puérpera de 33 horas., post revisión de cavidad uterina.

	<ul style="list-style-type: none">- Anemia severa.- Infección urinaria en tratamiento. <p>Indicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none">- Dieta completa, masaje uterino.- Cefalexina 500 mg. Vía oral cada 6 horas.- Control de funciones vitales cada 6 horas. <p>Evaluación por ginecología de turno noche, con hematocrito actualizado.</p>
--	--

2.3. DISCUSIÓN

FECHA HORA	Evolución de los días.
<p>01/04/19</p> <p>06/08/19.</p> <p>18:00 pm.</p> <p>Presión arterial:</p> <p>140/80 mmHg.</p> <p>Frecuencia cardíaca:</p> <p>80 por minuto.</p> <p>Temperatura:</p> <p>37.2°C.</p>	<p>Puérpera de 51 horas / Post atonía uterina / Post sutura</p> <p>Puérpera de 39 horas / Anevolución de post-revisión de cavidad</p> <p>en Mastitis B. Mulas y Peritonitis, refiere cansancio al caminar.</p> <p>Abdomen: Blando no doloroso, afebril,</p> <p>Mamas: Blandas, ductos debajo de cicatriz umbilical.</p> <p>Abdomen: Hemáticos (+)</p> <p>Útero: Blando contractil.</p> <p>Leucocitos: 24.6% normales.</p> <p>Indicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alfapara de 39 250 mg. cada 12 horas por 4 días. - Citopir como consultorio externo de ginecología. - Sal de alta inaria.
	<p>Indicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dieta completa. - Masaje uterino. - Higiene perineal. - Control de funciones vitales cada 6 horas. - Cefalexina 500 mg. cada 6 horas vía oral. <p>Se solicita, hematocrito de control para ser evaluada por ginecólogo de guardia.</p>

<p>01/04/19</p> <p>Presión arterial: 140/80 mmHg.</p>	<p>Paciente con deambulaci3n normal, no refiere n1useas.</p> <p>Leve dolor en hipogastrio y perineal.</p> <p>Examen:</p> <p>Aparente regular estado general, l1cida orientada en tiempo y espacio.</p> <p>1terero contra1do.</p> <p>Genitales externos: Loquios hem1ticos, sutura afrontada.</p> <p>Tacto vaginal: Diferido.</p> <p>Miembros inferiores: No edemas.</p> <p>Diagn3stico: Pu3rpera mediata de parto eut3cico m1s revisi3n de cavidad uterina, hipoton1a uterina m1s hemorragia obst3trica, anemia moderada-severa, infecci3n del tracto urinario en tratamiento.</p> <p>Descartar hipertensi3n inducida por el embarazo.</p> <p>Indicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se solicita hemoglobina y hematocrito de control. - Dieta completa m1s control de funciones vitales. - Cefalexina 500 mg 1 tableta cada 6 horas v1a oral. - Control funciones vitales, sangrado vaginal. - Alfa metildopa 250 mg., 1 tableta cada 12 horas v1a oral. <p>Alta y control por consultorio externo de ginecolog1a el d1a 03/04/19.</p>
--	--

La hemorragia postparto se evidencia en un 3 % de los partos, estudio realizado por Marshal et al [11]. Entre los partos complicados por hemorragia postparto, el 76,6 % se atribuyó a atonía uterina y el 23,4 % no atónico. Las mujeres con hemorragia postparto no atónica tuvieron la mayor duración promedio de estadía (3,67 días) seguida de hemorragia postparto atónica (2,98 días) y hemorragia no postparto (2,63 días). Esto respalda lo encontrado en el caso clínico revisado y analizado en donde identifican entre los factores de riesgo asociado a la hemorragia postparto la atonía uterina.

En el estudio realizado por Rahmanou [12] expresan que de 375 mujeres que tuvieron un parto vaginal, el 46.4 % en total 174 mujeres mostraron evidencia de al menos 1 forma de trauma mayor en el piso pélvico. Entre los factores que predisponen encontramos la edad materna y el número de parto que conlleva un riesgo incremental significativo de traumatismo mayor del piso pélvico con una razón de probabilidades de 1.064 para el riesgo general de lesión por cada año de aumento de edad después de los 18 años, lo cual respalda el hallazgo encontrado en la revisión del caso clínico como factor de riesgo asociado a la hemorragia postparto.

Según Vela [5], refiere que la precipitación del parto es causa de hemorragia postparto por atonía uterina.

En la revisión del caso se identifica que la puérpera recibe tratamiento de metildopa de 250 mg. como lo respalda Guía de Práctica Clínica para la Atención de Emergencia Obstétricas según capacidad resolutive [10].

Pero al revisar la historia clínica en ninguno de los diagnósticos expresan hipertensión inducida por el embarazo o preeclampsia, lo cual se analizó los exámenes de laboratorio y solo se encontró la disminución ligera de las plaquetas y no mucha variación en los marcadores hepáticos, pero si se evidenció el aumento de la presión arterial, según lo que indica la historia clínica.

Cabe recalcar que, en el caso clínico, la gestante presenta las tres principales patologías de causas directas de la mortalidad materna.

2.4. CONCLUSIONES

- Se identifica dentro de los factores de riesgo asociados a la hemorragia postparto, la atonía uterina, lo cual es respaldado por la bibliografía anteriormente expresada.
- Se identifica el parto precipitado y la laceración del cuello uterino como factores de riesgo asociado a la hemorragia postparto.

- La preeclampsia según lo referido puede causar hemorragias postparto como lo sustenta la bibliografía, pero en referencia a lo revisado del caso clínico la preeclampsia no fue un factor de riesgo asociado a hemorragia postparto.

2.5. RECOMENDACIONES:

- Realizar capacitaciones a todo el equipo con el cual se labora, es importante debido que cada uno conocerá las tareas al realizarse en el caso de presentarse una emergencia obstétrica.
- Identificar los factores de riesgo predisponentes para hemorragia postparto, de la misma manera que realizar la atención prenatal con un análisis de riesgo ya que es importante para predecir las complicaciones que pudieran presentarse durante la gestación, estos datos se pueden obtener mediante una correcta anamnesis.
- Realizar el adecuado registro de la atenciones y hallazgos clínicos es muy importante debido que nos permitirá realizar las acciones preventivas promocionales tales como consejería y orientación, y evitar la presencia de patologías que puedan causar muerte materna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, «BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO DEL PERÚ,» 1 Junio 2019. [En línea]. Available: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/02.pdf>.
- [2] N. E. Osorio Rios, «Calidad en el manejo de las pacientes con hemorragias post parto en el servicio de ginecobstetricia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños en el período comprendido de Abril 2015 a Septiembre 2015,» 2016. [En línea]. Available: <http://repositorio.unan.edu.ni/3140/1/2560.pdf>. [Último acceso: 24 Agosto 2019].
- [3] O. Fawed Reyes, A. Erazo Coello, C. Carrasco Medrano, D. Gonzales, A. F. Mendoza Talavera , M. E. Mejía Rodríguez, J. C. Flores Quan, C. L. Mejía Rodríguez , A. M. García Fuentes y I. J. García Hernández, «Complicaciones Obstétricas en Adolescentes Mujeres Adultas con o sin Factores de Riesgo Asociados, Honduras 2016.,» vol. 12, n° 4, pp. 1-7, 2016.
- [4] R. Arcia Fiffe, L. E. Lorie Sierra y O. Ferrer Cala, «Caracterización de hemorragia posparto en maternidad del Hospital General “Dr. Agostinho Neto,». Revista de Información Científica, vol. 96, n° 4, pp. 605-614, 2017.
- [5] M. Gil Cusirramos, «Factores asociados a hemorragia post parto inmediato por atonía uterina en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo enero - septiembre del 2015,». Octubre 2016. [En línea]. Available:

<http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/520>. [Último acceso: 30 Agosto 2019].

[6] S. J. Vela Coronado, «Trabajo de parto disfuncional como factor, de riesgo para atonia uterina y hemorragia postparto en puérperas» Enero 2016. [En línea]. Available: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/519>. [Último acceso: 29 Agosto 2019].

[7] . L. W. R. Santana Ahuanari, «Factores maternos y obstétricos relacionados con la hemorragia post parto inmediato en el Hospital Regional de Loreto del año 2015 al 2017,» 2018. [En línea]. Available: <http://repositorio.unapikitos.edu.pe/handle/UNAP/5478>. [Último acceso: 23 Agosto 2019].

[8] MINSA, «Guía de Práctica Clínica para la Atención de Emergencia Obstétricas según capacidad resolutive,». Lima, 2007. 30. [Último acceso: 23 Agosto 2019].

[9] Aldo Solari, A., Caterina Solari, G., Alex Wash, F., Marcos Gurrero, G. y Omar Enríquez, G. (2014). Hemorragia del posparto. «Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento,». Revista médica Clínica Las Condes. 25 (6), 993 – 1003. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864014706492>

[10] A. L. Marshall , U. Durani , A. Bartley , C. E. Hagen, A. Ashrani , . C. Rose , R. S. Go y R. K. Pruthi, «El impacto de la hemorragia posparto en la duración de la estancia hospitalaria y la mortalidad hospitalaria: un análisis

nacional basado en muestras de pacientes hospitalizados,» 7th International Symposium on Women's Health Issues in Thrombosis and Hemostasis, vol. 217, n° 3, pp. 344 e1-e6, 3-5 Marzo 2017.

[11] Michael, A. Belfort, MBBCH, MD, PhD. Et. al. (2022). «Hemorragia posparto: enfoque de manejo que requieren laparotomía,».

https://www.uptodate.com/contents/postpartum-hemorrhage-management-approaches-requiring-laparotomy?search=HEMORRAGIA%20POST%20PARTO%20causas&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5

[12] R. Philip , J. Caudwell-Hall , A. Ixora Kamisan y H. P. Dietz , «La asociación entre la edad materna en el primer parto y el riesgo de trauma obstétrico,» <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.04.032>, vol. 215, n° 4, pp. 451 e1-e7, 2016.

[13] Cannon, JW. (2018) Choque hemorrágico. The New England Journal of Medicine. 378(4),370-

379.<https://scihub.se/https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmra1705649>

[14] Espinosa, M. Cornejo, F. Calle, J. et. al. (2017). Score MAMÁ y claves obstétricas. Ministerio de salud pública. pp.29–69.

<http://186.42.188.158:8090/guias/SCORE%20MAMA%20Y%20CLAVES%20OBSTETRICAS.pdf>

- [15] Michael, A. Belfort, et. al. «Descripción general de la hemorragia posparto,». (2022). https://www.uptodate.com/contents/overview-of-postpartum-hemorrhage?search=HEMORRAGIA%20POSTPARTO&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- [16] López-García, LF. Ruiz Fernández, DP. Zambrano-Cerón, CG. y Rubio-Romero, JA. (2017). «Incidencia de hemorragia posparto con base en el uso terapéutico de uterotónicos. Resultados maternos en un hospital de mediana complejidad de Bogotá, Colombia,». *Revista colombiana de obstetricia y ginecología*, 68 (3), 218. http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v68n3/es_0034-7434-rcog-68-03-00218.pdf
- [17] Fuchthner, C. Ortiz, E. Escobar, M. Díaz de León, H. et. al. Hemorragia Postparto, ¿Dónde vamos y hacia dónde vamos? (2022). pp. 29 – 130. file:///C:/Users/user/Downloads/Hemorragia_posparto_FLASOG.pdf