

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencia de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia

**DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES PREDISPONENTES
EN LA HEMORRAGIA POSPARTO POR
ATONÍA UTERINA**

TRABAJO ACADÉMICO

Presentado por:

Obsta. HILDA HUMPIRE CONDORI

**Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en:
ALTO RIESGO OBSTÉTRICO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS**

LIMA-PERÚ

2023

ACTA DE SUSTENTACIÓN

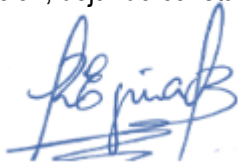
En Tacna, a los diecinueve días del mes de marzo del año 2023, siendo las 17:00 horas, se reúne el Jurado Calificador de sustentación de Trabajo académico presentado por la Lic. Obst. Hilda Humpire Condori, cuyo título es: **“DETERMINACION DE LOS FACTORES PREDISPONENTES EN LA HEMORRAGIA POSPARTO POR ATONÍA UTERINA.”**. Correspondiente a la Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia: Alto Riesgo Obstétrico Y Emergencias Obstétricas.

El Jurado está presidido por el Dra. Gloria Regina Escobar Bermejo y como miembros el Dr. Luis Fredy Choque Mamani y Mgr. Soledad Carmen Sotelo Gonzales.

Luego de la presentación, la presidenta del Jurado dispone se inicie la sustentación por parte de los interesados, acto seguido se procede a formular las preguntas de parte del Jurado, las cuales la Lic. Obst. Hilda Humpire Condori, respondió: CORRECTAMENTE A continuación, el presidente del Jurado invita a la Lic. Obst. Hilda Humpire Condori y al público asistente a abandonar el recinto para la deliberación y proceder a la evaluación correspondiente de acuerdo al reglamento.

Acto seguido se invita a los interesados a conocer los resultados: Aprobados con el calificativo de: dieciséis coma ocho décimas (16,8) por unanimidad.

Siendo las 19: 00 horas, el presidente del Jurado Calificador da por concluido el acto de sustentación, dejando constancia del mismo con sus respectivas firmas.



Dra. Gloria Regina Escobar Bermejo
Presidenta Del Jurado



Dr. Luis Fredy Choque Mamani
Secretario Del Jurado



Mgr. Soledad Carmen Sotelo Gonzales
Vocal Del Jurado



Sustentante

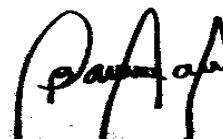
CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, Bernardino Damián López, en mi condición de asesor acreditado por la Resolución de Facultad N° 11227-2022-FACS-UNJBG, del trabajo académico titulado: “Determinación de los factores predisponentes en la hemorragia posparto por atonía uterina”

Presentado por la licenciada Hilda Humpire Condori para optar el **título de Segunda Especialidad Profesional en: ALTO RIESGO OBSTÉTRICO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS.**

Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y de similitud de trabajos de investigación y producción intelectual, considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual **TURNITIN** cuenta con el nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es **18%**. Por lo que **CERTIFICO LA SIMILARIDAD** del trabajo académico y está de acuerdo con el nivel **PERMITIDO**, para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio Institucional.**

Se emite el presente certificado con fines de continuar con los trámites respectivos para su obtención del grado/ título/ especialidad.



Dr. Bernardino Damián López

Asesor

AGRADECIMIENTO

A las colegas, compañeras y amigas del Instituto Nacional Materno Perinatal, mi segunda casa, por hacer que el trabajo sea un lugar acogedor lleno de aprendizaje y experiencias nutritivas no solo en el área profesional sino también personal.

A las coordinadoras de la segunda especialidad de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, a mi asesor Dr. Bernardino Damián López que hicieron posible la segunda especialidad a pesar de la pandemia del covid-19.

DEDICATORIA

A mis hijas: Lucero y Paola, que son mi motor y apoyo en todo momento, junto a mis padres y hermanos.

INDICE

I. DATOS GENERALES	
1.1. Caratula	I
1.2. Página de Jurado	II
1.3. Agradecimiento	III
1.4. Dedicatoria	IV
1.5. Índice	V
II. TRABAJO ACADÉMICO	
2.1. Descripción del problema	4
2.2. Formulación del problema	5
2.3 Justificación	6
2.4 Objetivo	6
2.4.1. Objetivo General	6
2.4.2. Objetivos Específicos	6
III. MARCO TEÓRICO	
3.1. Fundamentos Teóricos	8
3.2. Definición de términos	23
IV. MARCO METODOLOGICO: PROYECTO ACADÉMICO CASO CLINICO	
4.1 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	24
4.2 Procedimientos de recolección de datos	24
4.3. Historia clínica	25
4.4 Diagnostico	27
V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
VI. ANEXOS	

RESUMEN

La Hemorragia posparto, (HPP) es la primera causa directa de mortalidad materna a nivel mundial en países en desarrollo, los factores de riesgo para la hemorragia posparto incluyen a un conjunto de complicaciones que se presentan durante el parto y puerperio, no obstante, existe factores maternos que pueden ser prevenibles y ser tratadas, pero la capacidad para predecirla a partir de los factores de riesgo es muy limitada.

En el Perú, la hemorragia posparto sigue siendo una de las tres primeras causas de muerte materna, en el siguiente caso clínico: presentamos a una paciente primigesta con número óptimo de atenciones prenatales, con 14,7 g/dl de hemoglobina al ingresar a sala de partos, trabajo de parto en fase activa de evolución aparentemente precipitada, periodo expulsivo dentro de los tiempos normales y un RN de 3230 gr., que nace con: Apgar 9 al minuto y 9 a los 5 minutos, periodo de alumbramiento dirigido que se produce a los 5 minutos, placenta con membranas y cotiledones completos, produciéndose atonía uterina post alumbramiento que desencadena una hemorragia posparto de 1000cc aproximadamente, por lo cual se activa la clave roja y se realiza el manejo de acuerdo a protocolos establecidos.

El objetivo del análisis del caso clínico: fue revisar los factores predisponentes que conllevan a presentar hemorragia posparto por atonía uterina, en una gestante atendida en el servicio de centro obstétrico del INMP, concluyendo como factores de riesgo serían: parto precipitado y la corioamnionitis aguda, que se evidencian como factores de riesgo para el desarrollo de una hemorragia posparto por atonía uterina en el caso clínico estudiado.

Palabras clave: hemorragia posparto, atonía uterina, clave roja.

ABSTRACT

Postpartum hemorrhage (PPH) is the first direct cause of maternal mortality worldwide in developing countries, risk factors for postpartum hemorrhage include a set of complications that occur during childbirth and the puerperium, however, there is maternal factors that can be prevented and treated, but the ability to predict it from risk factors is very limited.

In Peru, postpartum hemorrhage continues to be one of the three leading causes of maternal death, in the following clinical case: we present a primiparous patient with an optimal number of prenatal care, with 14.7 g/dl of hemoglobin upon admission to the ward of deliveries, labor in active phase of apparently precipitous evolution, expulsive period within normal times and a newborn of 3230 gr., who is born with: Apgar score 9 at one minute and 9 at 5 minutes, period of directed delivery that 5 minutes later, a placenta with membranes and complete cotyledons occurs, producing post-delivery uterine atony that triggers a postpartum hemorrhage of approximately 1000cc, for which the red key is activated and management is carried out according to established protocols.

The objective of the analysis of the clinical case: was to review the predisposing factors that lead to presenting postpartum hemorrhage due to uterine atony, in a pregnant woman treated at the INMP obstetric center service, concluding as risk factors: nulliparity, precipitous labor and chorioamnionitis. acute, which are evidenced as risk factors for the development of postpartum hemorrhage due to uterine atony in the clinical case studies.

Keywords: pospartum hemorrhage, uterine atony, red code

INTRODUCCIÓN

Según la Organización mundial de Salud, la mortalidad materna es muy alta a nivel mundial, aproximadamente cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones concernientes con el embarazo, el parto o el puerperio. Se estima que unas 303 000 mujeres murieron en el año 2015 durante el embarazo, el parto o en la etapa del puerperio, reportados en la mayoría de los países con ingresos bajos que pudieron ser evitados. Siendo la hemorragia posparto como causa principal de mortalidad materna¹.

La mortalidad materna es sensible a la desigualdad social, de género, económica y cultural. Lamentablemente, la pandemia del covid-19 ha incrementada la pobreza, la desigualdad y la exclusión, la capacidad del sistema de salud de brindar servicios sanitarios de calidad en el primer nivel de atención fueron cerrados o disminuyeron en capacidad y cantidad de atenciones, así como, los hospitales disminuyeron su capacidad de brindar servicios obstétricos y neonatales complejos para orientarse a la atención de pacientes covid-19².

Actualmente la mortalidad materna en el Perú, en el primer semestre del presente año se redujo en un 51%, comparado al primer semestre del año 2021, siendo las hemorragias seguidas de trastornos hipertensivos las causas principales, no obstante, durante el año 2020 y 2021 la causa principal fue el covid-19, que hizo retroceder al Perú en ocho años, en cuanto a indicadores de mortalidad materna según el Ministerio de Salud³.

Por consiguiente, se consideró importante realizar el presente trabajo académico y determinar cuáles son los factores que predisponen a presentar atonía uterina en el posparto, en el contexto de la pandemia del covid-19.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

La hemorragia posparto, es un problema de salud pública sobre todo en países en subdesarrollo como el nuestro, en donde constituye la primera causa de mortalidad materna.

En nuestro país, la mortalidad materna durante el año 2020 y el 2021, presentó un considerable aumento de más del 42% por el covid-19, sin embargo, para el primer semestre del año 2022, se redujo ya en un 51%, según reportes del Ministerio de Salud. Menciona también, que las principales causas directas de muerte materna continúan siendo los trastornos hipertensivos y hemorragias obstétricas respectivamente de los cuales 13% fueron en mujeres menores de 19 años³.

El Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) es un establecimiento de salud de III-2, el de mayor complejidad médico-quirúrgica para la atención materna en el país, debido a que brinda atención especializada y es un centro de referencia para neonatos y pacientes obstétricas críticas en el país.

La causa más común de HPP, es la atonía uterina y según guías del Ministerio de salud (MINSA) y las guías de atención del

INMP, está establecido el uso de oxitocina en el manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto, lo que disminuyen el uso de fármacos útero tónicos durante el puerperio inmediato. En este marco, el manejo correcto y oportuno, junto al equipo de salud, se encuentra encaminado a promover el bienestar del binomio madre-niño. Por lo tanto, el presente estudio pretende conocer cuáles son los factores que predisponen la HPP por atonía uterina.

1.2 Formulación del problema de investigación.

A nivel mundial, a nivel de Sudamérica, a nivel nacional la HPP sigue siendo una de las primeras causas de mortalidad materna, a pesar de que existe estudios, recomendaciones y diversa 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, sumado a la pandemia del covid-19 resulta de mucha importancia, afianzar el manejo de las emergencias obstétricas, principalmente el de la HPP.

En el Perú, ha contribuido con la reducción de la mortalidad materna la implantación de la clave roja, en los diferentes niveles de atención, de los servicios de salud, la institucionalización del parto, el reconocimiento de los signos de alarma, la atención del parto con adecuación intercultural, la atención por profesionales calificados, entre otros.

1.3 Justificación

El presente trabajo académico, aportara información relevante a partir de la demostración de un caso clínico, permitiendo la identificación de factores de riesgo en la gestante y posteriormente puérpera, asimismo crea reflexión sobre las acciones del profesional médico y personal de obstetricia que deben ser mejoradas o corregidas para la atención adecuada y oportuna de la puérpera, no obstante, reconoce el conocimiento disponible en la literatura y representa la realidad de los casos observados, en la atención obstétrica habitual.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

- Determinar los factores predisponentes y causas directas de la hemorragia posparto en una puérpera inmediata, atendida en el Instituto Nacional materno Perinatal, Lima 2021.

1.4.2 Objetivos específicos

- Identificar el parto precipitado como factor de riesgo, para desarrollar hemorragia posparto, en una puérpera inmediata, atendida en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima 2021.
- Identificar la atonía uterina y las lesiones del canal vaginal como causas de la hemorragia posparto, en una puérpera inmediata, atendida en el Instituto Nacional materno Perinatal, Lima 2021.

- Identificar otro factor predisponente de hemorragia posparto, en una puérpera inmediata, atendida en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima 2021.
- Contrastar el cumplimiento de los protocolos de atención, en una puérpera inmediata, atendida en el Instituto Nacional Materno Perinatal Lima 2021.

CAPÍTULO II

MARCO CONCEPTUAL

2..1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Escobar J. Francisco V. C⁴ (Nicaragua) 2021, en su estudio: “Atonía uterina en hemorragia postparto de mujeres que dieron a luz en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019-2020”

Estudio de tipo descriptivo de corte transversal, con un universo de 197 puérperas, muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia, siendo 85 puérperas. Entre los factores más significativos tenemos antecedentes gineco- obstétrico periodo intergenésico de 2 a 5 años con 45%, primigestas 34%, nuliparidad 34%, cesárea previa un 18%, macrosomía 6 %, agotamiento uterino en 6 %, embarazo múltiple 2.4%, miomatosis en 2.4%, previos y posterior al nacimiento, vía vaginal 82.4% y 100% de cumplimiento del manejo activo del tercer periodo del parto. Conclusión: predominan edades de 20 – 34 años, la mayoría eran primigesta, y finalizaron gestación por vía vaginal, de los factores de riesgo previo al nacimiento no existen valores de importancia⁴.

Cerda M. et al.⁵ (Ecuador) 2019, en su investigación: “Estudio clínico epidemiológico de la hemorragia post-parto Hospital General Docente Riobamba 2017-2018”

Encontraron que la hemorragia postparto presento una prevalencia del 2%, siendo la edad materna de 19-34 años, que representa el

72%. El lugar de residencia en zonas urbanas hace el 51%, nivel de instrucción primaria con 41%, estado civil casada que hacen el 50%. El motivo más frecuente de HPP fue la atonía uterina con 58%, y el principal manejo fue el farmacológico que hacen el 51%, teniendo como factores predisponentes el nivel de instrucción bajo, parto por vía vaginal y la multiparidad⁵.

Columbié F. et al.⁶ (Cuba) 2019, en el estudio: “Factores asociados a la hemorragia obstétrica en el postparto inmediato, Hospital Juan Bruno Zayas”.

Hallaron como factores de riesgo, el uso de la oxitocina en la conducción del trabajo de parto en un (84,7%) y la sobre distensión uterina (44,7%), fueron las principales causas que generaron atonía uterina (35,2%) y lesiones del canal blando (35,2%) se manejaron de acuerdo con protocolos establecidos. El diagnóstico se centró en la cuantificación de la pérdida sanguínea y la detección oportuna de los signos de shock hipovolémico para el manejo oportuno⁶.

Arcia et al.⁷ (Cuba) 2017, en su estudio: “Caracterización de hemorragia postparto en la Maternidad del Hospital General “Dr. Agostinho Neto”

Encontraron que pacientes menores de 20 años y mayores de 35 años que presentaron hemorragia postparto, fueron pacientes que tuvieron trastornos hipertensivos, también encontraron que las mujeres que presentaron trabajo de parto prolongado y partos precipitados fueron factores predisponentes asociados⁷.

Buchillón. y Col⁸ (Cuba) 2017, en su investigación: “Hemorragia posparto temprana en puérperas atendidas en el Hospital General Provincial Docente de Ciego de Ávila”

Encontraron que las características de la hemorragia postparto en puérperas que presentaron hemorragia posparto, 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 mayores signos de shock hipovolémico⁸.

2.1.2 Antecedentes nacionales

Mocarro S.⁹ (Piura) 2019, en su estudio: “Factores de riesgo asociados con hemorragias posparto en pacientes atendidas en el hospital de la amistad Perú Corea II-2 Santa Rosa de Piura 2017”

Halló que el grupo etario que predominó fueron jóvenes con un 75.1% y estado civil conviviente con 75.1%, nivel educativo secundario con 56.8%, los factores predisponentes fueron: cesárea anterior, antecedente de anemia, multiparidad y obesidad, durante el trabajo de parto los principales factores fueron parto precipitado con 76.3%, RN con bajo peso al nacer, distocias de la contractibilidad materna y el uso de medicamentos⁹.

Román S. et. Al¹⁰ (Ica) 2019, realizaron un estudio en el Hospital Antonio Skrabonja Antoncich de Pisco para 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 gramos¹⁰.

Cier C.¹¹ (Lima) 2019, en su tesis: “Factores de riesgo de hemorragia post parto en puérperas atendidas en el

Hospital Nacional Hipólito Unanue – 2019”.

Estudio retrospectivo de corte transversal, analítica y observacional con una población conformada por todas las puérperas atendidas en el año 2019, siendo esta una muestra de 134 puérperas, con hemorragia post parto, los resultados encontrados para la prevalencia de atonía uterina fueron: pacientes con trastornos hipertensivos en 4.16%, rotura prematura de membranas y parto prolongado. No fueron factores de riesgo: embarazo gemelar o macrosomía fetal, entre los factores de protección, fue no tener antecedente de cesáreas previas¹¹.

Córdova R. R., Quevedo A. M.¹² (Tumbes) 2018, en su tesis: “Factores asociados a hemorragia postparto inmediato en puérperas atendidas en el Hospital SAGARO II-1 Tumbes, 2015 –2016”.

Encontraron como factores asociados ante parto más relevantes; que el 47% tuvo anemia antes del parto, el 29% eran pacientes que no habían recibido CPN, el 50% eran pacientes multíparas el 21% presentó trastornos hipertensivos y un 8% de pacientes que presentaron antecedentes de hemorragia posparto. Así mismo se determinó que en relación con los factores intraparto el 63% tuvo macrosomía fetal, el 61% desgarro perineal, el 47% desgarro cervical el 45% de puérperas se les realizó episiotomía, el 24% presentó retención placentaria, el 13% oxito-conducción y el 11% parto precipitado y un mínimo porcentaje del 3% por partos precipitados y periodo expulsivo prolongado¹².

Flores D.¹³ (Lima) 2018. realizó una investigación de tipo retrospectivo, analítico de casos y controles; titulado: “Factores de riesgo asociados a hemorragia del puerperio inmediato en el Hospital PNP Luis N. Sáenz, de julio 2016 a

julio 2017”.

Los resultados muestran que los factores de riesgo que registraron significancia para presentar hemorragia del puerperio inmediato fueron la edad de 35 años a más, multiparidad, antecedentes obstétricos, y el parto por cesárea¹³.

2.2. Fundamentos teóricos

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 sanguínea 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 500 ml sin ninguna consecuencia clínica, y algunas sangrarán menos y aún correrán el riesgo de resultados adversos¹⁴.

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.

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). En América una de cada cinco mujeres fallece en 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 atención¹⁵.

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 postparto¹⁶.

Pérdida de Volumen en % y ml para una mujer embarazada de 50-70Kg	Sensorio	Perfusión	Pulso Lat/min	PA Sistólica mmHg	Grado de shock	Cristaloides a infundir en la primera hora.
0-15% 0-1000	Normal	Normal	60-90	Normal	Compensado	Ninguno
16-25% 1000-1500	Normal y/o Agitada	Palidez, frialdad	61-100	80-90	Leve	3000-4500
26-35% 1500-2000	Agitada	Palidez, frialdad más sudoración	101-120	70-80	Moderado	4500-6000
>35% 2000-3000	Letárgica, inconsciente	Palidez, frialdad más sudoración más lavado capilar >2"	>120	<70	Severo	>6000

Tabla. 1 diagnóstico y clasificación del grado del choque, según el Consenso FASGO HPP 2019

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.

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)¹⁷.

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)¹⁷.

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 pércrta¹⁷.

Lesiones, desgarros del canal del parto, se producen después de un parto precipitado o por malas maniobras en la atención del parto, pueden ocurrir después de un trabajo de parto prolongado asociado a desproporción céfalo pélvica o en un útero que fue estimulado con oxitócicos¹⁷.

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 sangre¹⁷.

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, etc¹⁷.

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 antifosfolípidico¹⁷.

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 placentario¹⁸.

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 mortal¹⁸.

Manejo¹⁹

Minuto 0

El manejo comprende cuatro componentes, los cuales deben ser realizados simultáneamente: comunicación, resucitación, monitorización e investigación y detención de la hemorragia puerperal inmediata.

Medidas generales y preventivas

- ✓ Activar CLAVE ROJA, proceder de forma simultánea.
- ✓ Proceder inmediatamente, en forma simultánea:
- ✓ El líder identificado por todos distribuye correctamente las funciones a cada miembro del equipo.
- ✓ Verificar el estado de involución del útero y revisión manual de la cavidad uterina.
 - Se realiza la evaluación del A-B-C-D-E
 - A: Asegurar vía aérea permeable
 - B: Ventilación y respiración óptima
 - C: Controlar el sangrado, asegurar dos vías venosas
 - D: Diagnóstico de las 4T: Tono uterino, Trauma, Tejido y Trombina.

- E: Evitar hipotermia
- ✓ Comprobar integridad de la placenta.
- ✓ Revisión con valvas el canal del parto y descartar desgarros vajino-perineales y/o cervicales.
- ✓ Canalizar dos vías venosas con catéter N° 16-18 Toma de muestra de laboratorio.
- ✓ Eleva miembros inferiores en 45°
- ✓ Oxígeno al 100% mantener oximetría de pulso sobre 95% con mascarilla con bolsa y reservorio mínimo de 10 litros por minuto, en ausencia de mascarilla suministrar con cánula nasal a 3 litros por minuto, o sistema Venturi 3-5 litros por minuto.
- ✓ Monitoreo estricto de funciones vitales
- ✓ Colocar sonda Foley y medir diuresis horaria
- ✓ Infusión rápida (30-40 min) retos de 500cc de CLNa al 9% a 39°, evaluando la respuesta cada 5 minutos, la respuesta basada en los objetivos del tratamiento inicial, evitando hemodilución o sobrecarga hídrica.
- ✓ Aportar la cantidad adecuada de sangre y hemoderivados según grado de shock.
- ✓ Evacuar vejiga espontáneamente de ser necesario colocar sonda Foley con bolsa colectora y medir diuresis horaria.
- ✓ Interconsulta a UCIM.

PREVENCIÓN DE LA ATONIA UTERINA ²⁰

- Se recomienda el uso de uterotónicos, para la prevención de HPP por atonía uterina, durante la tercera etapa del parto.
- La administración de un agente uterotónico, en el transcurso del minuto después de que el bebé haya nacido (10UI de

oxitocina vía intramuscular).

- Después de clampar el cordón, la liberación de la placenta mediante la tracción controlada del cordón.
- Comprensión bimanual externa del fondo del útero después de la liberación de la placenta.
- La carbetocina intravenosa 100 ug. s tan eficaz como la oxitocina, el uso de la carbetocina se asocia con el menor uso de agentes uterotónicos. Esta indicado en las pacientes con factores de riesgo para hemorragia posparto.

2.3 Definición de términos.

Hemorragia posparto. – Es la pérdida de cualquier cantidad de sangre que cause signos de hipovolemia y/o inestabilidad hemodinámica en la paciente. Según guías y protocolos internacionales la definen como: pérdida de >500ml de sangre por parto vaginal y más de 1000ml por cesárea, disminución de un 10% en el hematocrito basal de la paciente. Pérdida de sangre de 500ml o más en 24 horas después del parto²¹.

Atonía uterina. - Cuadro caracterizado por la falta de contractilidad adecuada de las fibras miométriales después de un parto o cesárea, que impide la hemostasia fisiológica²¹.

Clave roja. - Es un conjunto de estrategias que buscan disminuir la mortalidad materna, producida por la hemorragia obstétrica, en la primera y segunda mitad del embarazo, o en el parto y posparto mediante la estandarización de procedimientos para la activación y manejo inmediato de la hemorragia²¹.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

CASO CLÍNICO

3.1 Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

3.1.1. Técnicas

La técnica que se utilizó fue el análisis documental de la historia clínica y observación, durante la atención de la paciente que permitió obtener información pertinente, confiable y segura para presentar el caso clínico del presente trabajo.

3.1.2. Instrumento

El instrumento utilizado, fue la historia clínica.

3.2 Procedimientos de recolección de datos:

La recolección de datos se hizo a través de la revisión de la historia Clínica.

SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO

SERVICIO DE EMERGENCIA:

Fecha de ingreso: 14 de agosto del 2021 06:07 am

✓ Filiación

- Apellidos y Nombres: XXXXXX
- Edad: 23 años
- Sexo: femenino
- Lugar de nacimiento: Lima
- Estado Civil: conviviente
- Ocupación: ama de casa.
- Grado de Instrucción: 5to secundaria

✓ Antecedentes

- a) Antecedentes familiares: niega
- b) Antecedentes personales:
 - Patológicos: niega enfermedades previas
 - Alergias: refiere no presentar alergias
 - Quirúrgicos: niega operaciones
- c) Antecedentes Gineco- obstétricos
 - Menarquia: 12 años.
 - Régimen Catamenial: 3-4/30
 - Inicio de actividad sexual: 17 años
 - Número de parejas sexuales: 02
 - MAC: ninguno
 - Fecha de última regla: 16-11-2020
 - Fecha probable de parto: 23-08-2021
 - Formula Obstétrica - G1 P0000
 - Número de controles prenatales: 11

✓ **Enfermedad Actual**

- Síntomas principales: dolor abdominal tipo contracción uterina, pérdida de tapón mucoso.
- Historia de la enfermedad: Paciente manifiesta contracciones uterinas, niega pérdida de líquido amniótico, percibe movimientos fetales, se evidencia pérdida de tapón mucoso.

✓ **Examen físico**

- Signos Vitales:
- Presión arterial: 120/67 mm Hg
- Frecuencia Respiratoria=19x'
- Temperatura: 36.5°C
- Pulso: 90x'

Paciente en ABEG y LOTEPE

- Piel y mucosas: tibias, elásticas e hidratadas.
- Tórax y Pulmones: murmullo vesicular pasa bien para ambos campos pulmonares
- Abdomen: útero grávido
 - Altura uterina: 34 cm
 - Situación: longitudinal
 - Posición: izquierda
 - Presentación: cefálico
 - Latidos cardíacos fetales (LCF): 158 por minuto.
 - Movimientos fetales presentes.
- Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos y de buena intensidad
- Genitales externos, al tacto vaginal:
 - Dilatación: 5 cm
 - Altura de presentación: -3/ -2

- Incorporación: 90%
- Variedad de presentación: No precisa
- Membranas ovulares: integras.
- Miembros inferiores: Sin edemas.

✓ **Impresión diagnóstica**

- G1 de 38 semanas 5 días por UR.
- Trabajo de parto: Fase activa.

a) Plan/indicaciones

- Pasa a centro obstétrico, para atención de parto.

Atención en centro obstétrico:

06:30 am Es evaluada por obstetra.

06:32 am Se canaliza vía EV. con CL Na al 9‰ por 1000cc y catéter N°18.

06:35am Se inicia monitoreo electrónico fetal.

Evolución Médica

06:45 am

Paciente ingresa a sala de partos, sin historia clínica, niega pérdida de líquido amniótico, niega pérdida de sangrado vaginal, niega signos de irritación cortical y percibe movimientos fetales.

Al examen ABEG, LOTEPE

- Funciones vitales:
- Presión arterial: 127/63 mm Hg pulso: 78 x'
- Frecuencia respiratoria: 17 x' temperatura:36,8°C

Mamas blandas con secreción calostrál, en poca cantidad.

Abdomen:

- Útero grávido: 34
- Frecuencia cardíaca fetal: 158 por minuto
- Movimientos fetales: presentes
- DU: 3/10 45" ++

Genitales externos, al tacto vaginal:

- Dilatación: 5 cm
- Altura de presentación: -3/ -2
- Incorporación: 90%
- Variedad de presentación: OIIT
- Membranas ovulares: íntegras.

Miembros inferiores: sin edema

Impresión diagnóstica

- G1 de 38 semanas 5 días por UR.
- Trabajo de parto: Fase activa.

Plan: Monitoreo electrónico fetal (MEF)

Indicaciones médicas. –

- Cl Na al 9‰ por 1000cc a 30 gotas por min.
- Control obstétrico
- Control de funciones vitales
- Reevaluación post. MEF

07:30 Evaluación médica pos monitoreo electrónico fetal.

Evaluación post. MEF por médico gineco obstetra

Paciente refiere dolor tipo contracción, se evalúa MEF

Línea de base:133	}	Patrón I
Variabilidad: presentes moderados		
Aceleraciones: presentes		
Desaceleraciones: presentes		

Al examen:

Abdomen: útero grávido, anexos conservados

LCF:156 D/U: 4/10min. 30seg. ++

TV: Diferido

Impresión diagnóstica

- G1 de 38 semanas 5 días por UR.
- Trabajo de parto: Fase activa.

Plan: Manejo activo de parto

Analgesia del parto.

07:48 am

Paciente gestante presenta sensación de pujo, se evalúa y presenta: LCF: 148x min. D/U 5/10 50 seg. +++ y a la evaluación del tacto vaginal:

- Dilatación: 10 cm
- Altura de presentación: -1
- Incorporación: 100%
- Variedad de presentación: OIIA
- Membranas ovulares integra

Se realiza RAM, se observa líquido amniótico claro en regular cantidad, se procede con la atención de parto, previa limpieza de zona perineal y colocación de ropa estéril.

8:00 am

Se produce periodo expulsivo, absteniéndose RN de sexo masculino con Apgar 9 al minuto.

Se administra 10 UI de oxitocina vía IM.

08:03 am

Se realiza corte tardío del cordón umbilical y se inicia el contacto precoz con la madre.

08:05 am

Se produce periodo de alumbramiento modalidad Schultz, placenta y membranas completas, posterior a la expulsión de la placenta se produce sangrado profuso por vía vaginal, se procede a realizar masaje uterino bimanual y se hace perifonear a médico asistente ginecólogo de guardia.

08:06 am

Se insiste con perifoneo a médico asistente de guardia.

8:07 am

Se reitera llamado a médico de guardia, pero no acuden al llamado, se hace perifonear en múltiples oportunidades, pero los resultados son negativos.

Se canaliza segunda vía EV, se administra 40 UI de oxitócica en 1000cc de CL Na al 9‰ a una velocidad inicial de 40 gotas por minuto, y la otra con CLNA al 9‰ x1000cc a chorro con retos de 500cc

Se continua con masaje bimanual.

08:10 am

Se insiste con perifoneo a médico asistente de guardia.

0815 am:

Se administra ergometrina 0.2 mg vía IM.

08:17 am

Paciente continua con sangrado profuso aproximadamente de 1000 cc, se reitera llamado a médico gineco obstetra de turno, pero sin respuesta, se **activa clave roja**.

08:18 am

Acude médico ginecólogo asistente de guardia, junto a médico residente del tercer año de especialidad del servicio del centro obstétrico y médicos asistentes ginecólogos de guardia del servicio de emergencia.

08:19 am

Se observa que sangrado vaginal va disminuyendo, médico residente continua masaje uterino bimanual con supervisión de médico asistente.

08:20 am

Médico residente de tercer año, administra misoprostol de 800 mcg vía rectal

Se administra ácido tranexámico de 100 mg en 100 cc de Cl Na al 9‰, administrado por bomba de infusión en 10 min.

Médico residente procede con la evaluación y exploración del canal vaginal para determinar la causa del sangrado, no observando desgarros ni laceraciones en canal vaginal, episiotomía mediano lateral derecha (MLD) no sangrante.

Médico residente procede a realizar episiorrafia MLD.

08:35 am

Se administra ergometrina de 0.2 mg vía IM. (1amp.)

08:44 am

Puérpera pasa a sala de cuidados críticos, para un control más minucioso y cuidadoso de la puérpera.

Se coloca sonda vesical permanente, con bolsa colectora.

08:55 am

Se administra ergometrina de 0.2 mg vía IM (1amp.)

Cuadro de control de funciones del puerperio inmediato

Fecha y hora	08:20	08:30	08:45	09:00	09:15	09:30	10:00
Pulso/temperatura.	108/36.8	106/36.9	96/36.7	92/36.7	90/36.8	90/36.7	82/36.8
Presión art.	136/104	109/69	96/52	90/51	90/51	90/50	106/62
Involución ut.	18	18	16	16	16	16	16
Loquios	hemáticos	hemáticos	hemáticos	hemáticos	hemáticos	hemáticos	hemáticos

INDICE DE SHOCK

$$\text{Índice de shock} = \frac{\text{Pulso}}{\text{P.A. Sistólica}} = \frac{106}{109} = 0.97$$

Normal = menor de 1

Anormal = igual o mayor de 0.9

El índice de Choque; es el predictor más preciso de hipovolemia, según actualización de consenso de obstetricia FASGO-2019 "Hemorragia postparto".

11:00 am

Paciente a la evaluación de funciones vitales:

P/A: 106/70 mm Hg. P:80Xmin. T°: 36.8°C

Control obstétrico:

Mamas: blandas con secreción calostrál.

Abdomen: útero contraído AU: 16 am

Genitales loquios hemáticos en regular cantidad, sonda vesical permeable.

12:30

Paciente puérpera inmediata es evaluada por médico asistente de guardia, e indica pase de puérpera a servicio.

13:00 pm

Se coordina con servicio, para que puérpera pase al servicio de hospitalización.

13:30 pm

Paciente pasa a servicio, estable, con 2 vías permeables y

Fs. Vs. P/A: 120/76 mm Hg. 89x min. T°36.8°C FR: 18 x min.

Control obstétrico:

Mamas: blandas con secreción calostrál.

Abdomen: útero contraído AU: 16 am

Genitales loquios hemáticos en regular cantidad

Sonda vesical permeable.

14-08-21

08:18 am Evaluación médica

Se acude a llamado del personal de obstetricia, quien reporta que, durante periodo de alumbramiento se presenta aproximadamente 900cc de sangrado vaginal, paciente refiere dolor moderado en zona de hipogastrio.

Al examen:

P/A: 136/104 mm Hg. FC: 96Xmin. FR: 20X min. T°:36.8°C

Piel: piel tibia, llenado capilar menor a 2 segundos, leve palidez.

Mamas: blandas con secreción calostrual escasa.

Abdomen: blando depresible, no peritoneal, útero hipotónico que se contrae al masaje uterino.

Genitales: sangrado vaginal en regular cantidad

Al tacto vaginal, se extraen coágulos rojo vivos en aproximadamente 200 cc.

SNC: LOTEP, Glasgow 15/15, no signos meníngeos.

Diagnóstico. - Puérpera de parto vaginal inmediato.

Hemorragia posparto: Atonía uterina.

D/C Anemia aguda.

Plan: uterotónicos, oxitócicos, antifibrólíticos

Indicaciones. – Cl Na al 9‰ x 1000 } 30 gotas por minuto
Oxitocina x 40UI } I II

Misoprostol por 800 ug. intrarectal STAT.

Ergometrina 0.2 mg IM. cada 20min. X 3 dosis.

Acido tranexámico 1gr. Ev cada 8 horas.

Control de Funciones vitales, control de sangrado vaginal y balance hídrico.

Masaje uterino externo M/T/N

Reevaluación en 4 horas.

12:20 pm Evaluación médica

Paciente puérpera de parto vaginal, actualmente refiere dolor a nivel de hipogastrio, niego signos de irritación cortical.

Al examen físico

Piel: piel pálida tibia, llenado capilar menor a 2 segundos.

Mamas: blandas con secreción calostrual escasa.

Abdomen: útero contraído a nivel de la cicatriz umbilical.

Genitales: sangrado vaginal escaso.

Al tacto vaginal, loquios hemáticos en regular cantidad, episiorrafia sin signos de flogosis.

Diagnóstico. - Puérpera de parto Vaginal

Atonía Uterina resuelta.

Plan: uterotónicos analgésicos

Indicaciones. – Cl Na al 9‰ x 1000 } 30 gotas por minuto
Oxitocina x 30UI } I II

Paracetamol de 500mg c/8 horas por vía oral.

Masaje uterino externo más higiene perineal.

Control de Funciones vitales y control de sangrado vaginal.

Pasa a servicio "B".

Hemograma de control en servicio: 5 am.

EXÁMENES AUXILIARES

14/08/2021

Resultados de ingreso

Prueba covid-19	
Ig G:	Reactivo
Ig M:	No reactivo

Fuente: historia clínica

Hemograma

Hemoglobina:	14.7 g/dl	Inmunología	
Leucocitos:	16,500/mm ³	PCR	
Juveniles:		VIH (Prueba rápida)	NO REACTIVO
Abastondados:	0 %	Sífilis (Prueba rápida)	NO REACTIVO
Segmentados:	79%	Hepatitis (Prueba rápida)	NO REACTIVO
Eosinófilos:	1%	Perfil de coagulación	
Basófilos	0%	Plaquetas	197,000 /mm ³
Monocitos:	6%	Tiempo de protrombina	12,9 seg.
Linfocitos:	14%	Tiempo de TPa	32,0 seg.
Grupo sanguíneo:	“O” Factor RH: positivo	Fibrinógeno	488 mg/dl

Fuente: historia clínica

Fecha: 14/08/2021

Hora: 9:50 am

Exámenes de laboratorio posterior a la hemorragia por atonía uterina.

Hemograma

Hemoglobina:	11.6 g/dl	Inmunología	
Leucocitos:	14,800/mm ³	PCR	
Juveniles:		VIH (Prueba rápida)	NO REACTIVO
Abastionados:	0 %	Sífilis (Prueba rápida)	NO REACTIVO
Segmentados:	83%	Hepatitis (Prueba rápida)	NO REACTIVO
Eosinófilos:	1%	Perfil de coagulación	
Basófilos	0%	Plaquetas	171,000 /mm ³
Monocitos:	6%	Tiempo de protrombina	13,6 seg.
Linfocitos:	10%	Tiempo de Tpa	32.7 seg.
Grupo sanguíneo:	"O" Factor RH: positivo	Fibrinógeno	418 mg/dl

Fuente: historia clínica

Fecha 15/08/2021

6:00 am

Exámenes de laboratorio

Hemograma

Hemoglobina:	10.1 g/dl	Inmunología	
Leucocitos:	17,200/mm ³	PCR	
Juveniles:		VIH (Prueba rápida)	NO REACTIVO
Abastionados:	0 %	Sífilis (Prueba rápida)	NO REACTIVO
Segmentados:	69%	Hepatitis (Prueba rápida)	NO REACTIVO
Eosinófilos:	0%	Perfil de coagulación	
Basófilos	0%	Plaquetas	185,000 /mm ³
Monocitos:	7%	Tiempo de protrombina	.
Linfocitos:	23%	Tiempo de Tpa	.
Grupo sanguíneo:	"O" Factor RH: positivo	Fibrinógeno	

Fuente: historia clínica

Examen anatomopatológico de la placenta

EXAMEN MACROSCÓPICO

Placenta simple:

Cordón umbilical

- Mide 45cm de largo por 0.8 mm de diámetro.
- Inserción: excéntrica a 6 cm de diámetro Color: opaco.
- N° de vasos: 3

Membranas fetales

- Integridad: completo
- Punto de ruptura a 5 cm del margen placentario.
- Tipo de inserción: marginal
- Color/ aspecto: opaco.

Superficie fetal

- Vasos fetales: aplanados
- Color: pardo oscuro

Superficie materna

- Cotiledones completos

Disco

- Forma: ovalada
- Peso: 546 gr.
- Tamaño: 21x19 cm., al corte con espesor de 2 cm
- Parénquima congestivo.

Se toman cortes representativos (4 cassette)

EXAMEN MICROSCÓPICO

Placenta simple

- Vellosidades coriales del tercer trimestre
- Placa coriónica: corionitis aguda
- Placa decidual: sin alteraciones histológicas
- Membranas corioamnióticas: corioamnionitis aguda, respuesta inflamatoria materna etapa 2, grado severo.
- Cordón umbilical: presencia de 2 arterias y 1 vena, sin alteraciones histológicas significativas.

Recepción de orden: 17/08/2021

Resultado: 20/08/2021

Fecha de Alta **16/08/2021**

Epicrisis

Paciente de 23 años de edad, de sexo femenino, ingresa por emergencia para la atención de parto, con Dx. G1 de 38 Semanas 5 días por UR. / Trabajo de parto:Fase activa.

Pasa a Centro obstétrico, para la atención de parto y durante la atención de parto se produce hemorragia posparto: por atonía uterina, que se resuelve de forma inmediata, actualmente paciente con evolución favorable, estable y afebril, en condición de mejorada, se da alta más indicaciones.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

- En el presente trabajo, se encontró que la nuliparidad representa un factor de riesgo de hemorragia posparto, tal como lo mencionan Román, Ayala y Quispe en su trabajo de investigación, donde encontraron que las mujeres solteras nulíparas tuvieron hemorragia posparto¹⁰.
- Otro factor de riesgo para la hemorragia posparto, fue el parto precipitado. Este hallazgo concuerda con los estudios realizados por Córdova y Quevedo, los cuales manifiestan que el parto precipitado es un factor de riesgo a considerar¹².
- Los resultados encontrados en el estudio anatomopatológico de la placenta, proporcionaron el resultado de: corioamnionitis aguda, respuesta inflamatoria materna de etapa 2, grado severo.
Cabe mencionar que es un factor importante, quizá el factor de mayor importancia en el presente estudio, porque está relacionado con la atonía uterina, ya que la respuesta inflamatoria por aumento de las citocinas a nivel del músculo liso del útero, alteran los canales de calcio de la musculatura lisa y por consiguiente no se produce una buena contracción uterina, desencadenando la HPP.
Por otro lado, la placenta fue recibida en el servicio de patología el día 17 de agosto, es decir, 3 días después de producido el parto, lo que pudo haber producido la respuesta inflamatoria por el tiempo transcurrido y por consiguiente no ser un dato fidedigno. No se conoce cuál fue el medio de conservación de la placenta estos tres días antes de la entrega al departamento de patología.

Y por consiguiente no se tomó en cuenta durante la atención de la paciente en hospitalización.

- En cuanto al manejo de la hemorragia posparto, el personal de obstetricia que atendía el parto, actuó de acuerdo a protocolos establecidos por el INMP.
- Durante la atención del parto y la atención de hemorragia posparto, el personal fue insuficiente para la atención, debido a que se encontraban en entrega de turnos y la atención simultanea de otras pacientes.
- El personal médico asistente ginecólogo de guardia, los residentes del primero al tercer año, no estuvieron en el momento de la emergencia, a pesar de las múltiples formas de comunicación que se realizó, hasta que se activó la clave roja.
- Se encontró en la historia clínica, inconsistencias como: diferentes tomas de funciones vitales, entre la evaluación médica y la evaluación por personal de obstetricia, falta datos de controles inmediatos, no se especifica cuáles fueron las formas o el modo de medir la cantidad de sangrado vaginal.
- No se hizo de forma inmediata, ni en lo posterior, el análisis crítico del caso.
- No se encontró estudios actuales similares en el INMP o que haya sido realizados por otro personal profesional.

CONCLUSIONES

- En el presente caso clínico, se encontró como factor de riesgo la nuliparidad y el parto precipitado.
- La atonía uterina es causa directa de hemorragia posparto, tal como se puede apreciar en el caso en estudio, así como en la literatura.
- Otro factor de riesgo encontrado en el presente estudio fue: el diagnóstico tardío de corioamnionitis aguda.
- El manejo inmediato de la hemorragia posparto fue de acuerdo a los protocolos establecidos por el INMP.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda al personal encargado de centro obstétrico socializar el manejo de la hemorragia posparto, especialmente al personal nuevo que ingresa a trabajar en el servicio.
- 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, el personal encargado debe supervisar que siempre se cuente abastecido de insumos, equipos y medicamentos, ya que la emergencia obstétrica puede ocurrir en cualquier momento.
- Se recomienda capacitar al personal encargado en el manejo de conservación y entrega de la placenta, para estudios anatomopatológicos.
- El Instituto Nacional Materno Perinatal, debe establecer como norma no dejar sin personal médico, los servicios de atención: emergencia, centro obstétrico y servicios A, B, C y D. durante el reporte médico para la entrega de turnos, de esta manera garantiza la atención médica, durante las emergencias que pudieran suceder en la entrega de turnos.
- 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.
- La historia clínica es un instrumento médico legal, y por consiguiente, el correcto llenado es muy importante, el personal profesional encargado de la atención, debe estar sensibilizado sobre

la responsabilidad que trae y realizar un correcto llenado de la historia clínica.

- El INMP cuenta con un programa de producción científica que contribuye con la investigación, en la especialidad materno- perinatal y neonatal, por lo tanto, se debe continuar con los trabajos de investigación sobre hemorragia postparto, que provoca el mayor número de las muertes maternas en el Perú.
- Se recomienda al departamento de obstetras, impulsar trabajos de investigación que aporten a la mejora de atención de la madre y el recién nacido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 19 de Setiembre del 2019 [citado el 25 de agosto de 2022] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
2. UNFPA [Internet]. 26 DE MAYO 2021 Consenso Estratégico Interagencial para la Reducción de la Morbi-mortalidad Materna: orientaciones estratégicas para el decenio 2020-2030 [citado el 25 de agosto de 2022] Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/news>
3. Ministerio de Salud, [Internet] Muertes maternas se reducen en un 51% a nivel nacional, 22 de Junio del 2022. [citado el 25 de agosto de 2022] Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/626145>
4. Escobar J. Francisco V. C. Atonía Uterina en Hemorragia Postparto de Mujeres que dieron a Luz en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019-2020 [Internet] [citado 23 de agosto de 2022] disponible: <https://repositorio.unan.edu.ni/17013/1/17013.pdf>
5. Cerda M, Sañaicela J. Estudio clínico epidemiológico de la hemorragia postparto Hospital General Docente Riobamba 2017-2018 [Internet]. Ecuador: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo Facultad de salud pública; 2019. [Citado el 23 de agosto del 2022]. Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/11864/1/94T00374.pdf> 8
6. Columbié Fariñas T, Pérez Castillo R, Cordero Gonzalez Y. Factores asociados a la hemorragia obstétrica en el postparto inmediato:

Hospital Juan Bruno Zayas. Rev.méd.sinerg. [Internet]. 1 de octubre de 2019 [citado 23 de agosto de 2022];4(10):e269. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/269>.

7. Arcia FR, Lorie SLE, Ferrer CO. Caracterización de hemorragia posparto en maternidad del Hospital General “Dr. Agostinho Neto”, Guantánamo. RIC. 2017;96(4):605-614[Internet]. [Citado el 24 de agosto del 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=73243>
8. 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. Medí Ciego. el 12 de mayo de 2017;23(4):4–11 [Internet]. [Citado el 24 de agosto del 2022]. Disponible en: <http://archivo.bc.una.py/index.php/RIIC/article/view/1566>
9. Mocarro Ch. S. Factores de riesgo asociados con hemorragias postparto en el Hospital de la amistad Perú Corea II-2 Santa Rosa de Piura 2017. [internet]. [citado 26 de agosto del 2022], Disponible en: <https://repositorio.unp.edu.pe/handle/UNP/1623>
10. Román S. J. M., Oyola G. A. E., Quispe L. M. P.” Factores de riesgo de hemorragia primaria posparto”. Rev. Cubana Med. Gen Integr. [internet]. 2019, vol.35, n.1 [citado 27 de agosto del 2022],e718. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864
11. Cier C. A. Factores de riesgo de hemorragia post parto en puérperas atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue – 2019 [Internet]. [Citado el 27 de agosto del 2022]. Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/9570>

12. Córdova R, Quevedo A. Factores asociados a hemorragia postparto inmediato en puérperas atendidas en el Hospital Saul Garrido Rosillo II-1 Tumbes 2015-2016. [Tumbes, Perú]: Universidad Nacional de Tumbes; 2018. [internet]. [citado 27 de agosto del 2022], Disponible en: <https://epositorio.untumbes.edu.pe/handle/20.500.12874/261>
13. Flores Lapa DA. Factores de riesgo asociados a hemorragia del puerperio inmediato, Hospital PNP "Luis N Sáenz", julio 2016-julio 2017. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano] Lima-Perú. Universidad Ricardo Palma. 2018. [internet]. [citado 27 de agosto del 2022], Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/1148>
14. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2014 [citado el 30 de agosto de 2022] Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/100665/141472>.
15. Organización Panamericana de la Salud. La Hemorragia Postparto. Boletín informativo. [Internet]. 2015 jun [citado el 30 de agosto de 2022] Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54207/boletinhemorragias>
16. Voto L., Casale R. Actualización en el consenso FASGO-2019 Pag.3.
17. H. Karlsson, C. Pérez Sanz Hemorragia postparto. An. Sist. Sanit. Navar. 2009, Vol. 32, Suplemento 1 Pg. 161-162
18. Williams. S. Hemorragia obstétrica [Internet] 24ed (2015) [citado el 20 de abril del 2023] Mc. Graw Hill. Disponible en:

<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1525§ionid=10046180>

19. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología. 2da edición. Lima: instituto Nacional materno perinatal.
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. Ministerio de salud, resolución directoral 148-2021-DE-HEVES [citado 7 de setiembre del 2022], Disponible en: <https://heves.gob.pe/wp-content/uploads/2021/07/RD-N%C2%B0-148-2021-DE-HEVES.pdf>