



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

**HEMORRAGIA POSTPARTO POR ATONÍA UTERINA
Y DESGARRO CERVICAL, HOSPITAL SAN JUAN DE
LURIGANCHO, LIMA – 2023**

PRESENTADO POR:

DOLA LEONIDAS VIVAS MUCHA

ASESORA:

DRA. HILDA ELIZABETH GUEVARA GOMEZ

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

MOQUEGUA-PERÚ

2024



Universidad José Carlos Mariátegui

CERTIFICADO DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, en calidad de Jefe de la Unidad de Investigación de la **Escuela de Posgrado**, certifica que el trabajo de investigación () / Tesis () / Trabajo de suficiencia profesional () / Trabajo académico (X), titulado “**HEMORRAGIA POSTPARTO POR ATONIA UTERINA Y DESGARRO CERVICAL, HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO, LIMA - 2023**” presentado por el(la) aspirante **VIVAS MUCHA DOLA LEONIDAS**, para obtener el grado académico () o Título profesional () o Título de segunda especialidad (X) en: **SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS**, y asesorado por el(la) **Dra. HILDA ELIZABETH GUEVARA GÓMEZ**, designado como asesor con Resolución Directoral N° 1001-2017-DEPG-UJCM, fue sometido a revisión de similitud textual con el software TURNITIN, conforme a lo dispuesto en la normativa interna aplicable en la UJCM.

En tal sentido, se emite el presente certificado de originalidad, de acuerdo al siguiente detalle:

Programa académico	Aspirante(s)	Trabajo de investigación	Porcentaje de similitud
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS	VIVAS MUCHA DOLA LEONIDAS	HEMORRAGIA POSTPARTO POR ATONIA UTERINA Y DESGARRO CERVICAL, HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO, LIMA - 2023	20%

El porcentaje de similitud del Trabajo de investigación es del **20%**, que está por debajo del límite **PERMITIDO** por la UJCM, por lo que se considera apto para su publicación en el Repositorio Institucional de la UJCM.

Se emite el presente certificado con fines de continuar con los trámites respectivos para la obtención de grado académico o título profesional o título de segunda especialidad.

Moquegua, 20 de agosto de 2024

UNIVERSIDAD JOSE CARLOS MARIATEGUI

Dr. JAVIER PEDRO FLORES AROCUTIPA

JEFE DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
ESCUELA DE POSGRADO UJCM- SEDE MOQUEGUA

ÍNDICE DE CONTENIDO

Página del jurado	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE DE CONTENIDO	iv
RESUMEN	vi
CAPÍTULO I	7
PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	7
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	7
1.2 JUSTIFICACIÓN	8
1.3 MARCO TEORICO	9
1.3.1 ANTECEDENTES	9
ANTECEDENTES INTERNACIONALES	9
ANTECEDENTES NACIONALES	10
1.3.2 CONCEPTOS BASICOS DE LA ENFERMEDAD O EVENTO	11
GENERALIDADES	11
ETIOLOGÍA	12
DIAGNÓSTICO	13

COMPLICACIONES	13
TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO	14
CAPÍTULO II CASO CLÍNICO	17
2.1 OBJETIVOS	17
OBJETIVO GENERAL	17
OBJETIVOS ESPECIFICOS	17
2.2 SUCESOS RELEVANTES	18
2.3 DISCUSIÓN	28
2.4 CONCLUSIONES	30
2.5 RECOMENDACIONES	32
BIBLIOGRAFÍA	33

RESUMEN

El presente trabajo académico, aborda el problema de la hemorragia después del parto, acontecimiento que se considera una de las principales causas de mortalidad de la madre si no tiene un tratamiento oportuno y adecuado, para lo cual es importante reconocer la causa de esta, especialmente cuando se trata de desgarros. **Objetivo:** Describir el manejo y terapéutica de la hemorragia después del parto vaginal por atonía uterina y desgarro cervical en el Hospital San Juan de Lurigancho, Lima 2023. **Resultados:** Mujer nulípara de 30 años, con antecedente de dos abortos espontáneos, 38 semanas de gestación según fecha de última regla, que ingresó al hospital por trabajo de parto en fase latente. En el parto tuvo un recién nacido masculino vivo con 3500 gramos de peso, se le administró 10 UI de oxitocina intramuscular para alumbramiento dirigido, pero tras el mismo se evidenció un sangrado activo que no cedía con el masaje uterino. Tras la evaluación se encontró un desgarro cervical, el cual fue suturado, y posteriormente fue dada de alta tras una evolución favorable. **Conclusiones:** La hemorragia después del parto es una grave complicación en el puerperio, que se puede prevenir con un manejo activo durante el alumbramiento, aunque en el caso de desgarro cervical que de acuerdo a la magnitud de la lesión puede terminar en un procedimiento quirúrgico.

Palabras claves: Alumbramiento, Desgarro de cervical, Hemorragia obstétrica, Puerperio.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La hemorragia en el puerperio son percibidas por las obstetras o parteras como una de los determinantes más relevantes para la mortalidad materna, y por ello es considerado como una situación problemática global que debe ser priorizado por las políticas de los establecimientos sanitarios (1).

La incidencia de la hemorragia posparto es del 3,8%, y en el caso de las hemorragias postparto graves la incidencia es de 0,4%; encontrándose una mayor frecuencia en el caso de partos instrumentados y cesáreas (2).

Entre las causas de la hemorragia posparto, las que se mencionan con mayor frecuencia en la literatura científica corresponden a la atonía uterina (AU) presente en la mitad de los casos, seguido por la retención placentaria, la cual está presente en cerca de la tercera parte de los casos (3).

A nivel nacional, se ha reportado que la AU es la segunda causa directa de muerte

materna con el 19,6% de casos registrados, sólo por debajo de los trastornos hipertensivos(4). Sin embargo, a pesar de esta frecuencia relativamente alta, en la mayoría de hospitales nacionales y regionales peruanos la frecuencia es más baja como resultado de la aplicación de un manejo activo del alumbramiento, consistente en la administración intramuscular de oxitocina poco después del nacimiento del bebé (5).

Aquí se trata de un caso clínico de una mujer embarazada que presentó una hemorragia postparto como consecuencia de una atonía uterina acompañada de desgarro cervical, y cuya atención se realizó en el Hospital San Juan de Lurigancho; patología que puede conllevar a la aparición de complicaciones graves relacionadas con la pérdida de sangre y/o el desarrollo de procesos infecciosos, si no se identifica o trata adecuadamente por parte de los obstetras encargados de la vigilancia de las puérperas.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Es importante hacer estudios sobre la HPP ya que los resultados pueden ser fatales para la y es una de las principales causas de mortalidad materna a nivel mundial, sobretodo en países subdesarrollados como el nuestro, donde los sistemas de salud son inadecuados.

Los estudios sobre la hemorragia postparto nos permiten evaluar las causales de riesgo y promover planes de tratamiento para esta complicación. Los estudios también pueden ayudar a mejorar la atención médica durante el parto y el postparto, asegurando que se tomen medidas preventivas y que se detecten y traten las complicaciones de manera oportuna.

Además, los estudios sobre la hemorragia postparto pueden ayudar a desarrollar

nuevas herramientas y tecnologías con dispositivos de compresión uterina y medicamentos que ayuden a detener el sangrado.

En resumen, los estudios sobre la hemorragia postparto son esenciales para mejorar la atención médica materna y reducir la mortalidad materna teniendo como referente el presente caso clínico ocurrido en este nosocomio.

1.3 MARCO TEORICO

1.3.1 ANTECEDENTES

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Narváez (6) planteó en el 2022 un estudio descriptivo, retrospectivo con el objetivo de describir las técnicas que se emplean para controlar la hemorragias obstétrica por atonía uterina con 202 pacientes con hipotonía uterina atendidas en un hospital universitario de Ecuador. Los resultados destacan que el 45% de casos recibió con éxito el tratamiento uterotónico para resolver el problema del sangrado, seguido de un 25% que sólo usó el masaje uterino bimanual, y con menores porcentajes se encontró el uso del Bakri, (15%), ligadura de arterias uterinas (9%), la técnica quirúrgica de B-Lynch (4%) y la histerectomía (2%). Además, se halló que las pacientes multíparas, con trabajo de parto de muchas horas tienen mayor riesgo de HPP por problemas de contractilidad uterina.

Mora (7) en el año 2022, describe una embarazada de 37 años, secundípara, que acudió a un hospital de España para su parto vaginal, sin presencia de complicaciones. Se realizó la inducción del parto, y se culminó el mismo con instrumentación vía vaginal, tras lo cual se evidencia un sangrado exagerado de difícil control, ya que no tuvo respuesta positiva a las medidas conservadoras aplicadas, que incluyeron el uso de oxitócicos EV, misoprostol rectal,

metilergometrina IM y carboprost IM. Posteriormente se colocó el balón de Bakri®, sin resultado; por lo cual se realizó histerectomía total con ovarios y trompas.

Zambrano et al. (8) realiza un estudio descriptivo retrospectivo en el 2019 con el objetivo de conocer las causas de hemorragia puerperal por trauma perineal en 50 primíparas atendidas en un hospital público de Ecuador. Los resultados obtenidos mediante la encuesta destacan como factores más frecuentes a la falta de controles prenatales (51.5%) y la existencia de macrosomía fetal (42.4%); mientras que, al revisar las historias clínicas se encontraron como causas frecuentes el parto prolongado (52%) y la macrosomía fetal (36%). Asimismo, se encontró trauma perineal por episiotomía en el 6% que causó sangrado en el postparto.

ANTECEDENTES NACIONALES

Eusebio (9) describe en el año 2022 una segundigesta a término de 39 años en un hospital de III nivel que ingresa con pérdida líquido amniótico y se produce el parto vía vaginal, con un recién nacido varón de 3645 grs., Apgar adecuado y alumbramiento dirigido adecuado; pero en el puerperio inmediato se reporta abundante pérdida de sangre y coágulos por vía vaginal, detectándose hipotonía uterina al realizarse el tacto bimanual, tras lo cual se administró misoprostol. La identificación de un desgarró de IV grado motivó la realización de una traquelorrafia cervical, con la cual se pudo controlar el sangrado. Sin embargo, aunque hemodinámicamente la paciente se encontraba estable, se desarrolló un cuadro de anemia moderada, siendo necesaria la transfusión de paquetes globulares, y luego se procedió al alta tras una evolución favorable.

Soto y Aroquipa (10) realizaron un estudio observacional descriptivo en el

2022 para describir las características de la HPP en 52 pacientes después de un parto eutócico. Los resultados destacan que el 88.5% presentaba un embarazo a término; el 57.7% tenía un grado de instrucción secundaria, el 46.2% tenía menos de 6 atenciones prenatales; no contaba con plan de parto un 75%; el 44.2% presentó HPP precoz o primaria principalmente por atonía uterina en un 26.9%, luego traumatismos de canal de parto en el 9.6%, y la retención de placenta 7.7%. Entre las complicaciones de la HPP se destacan la presencia de anemia en un 48.1% y el shock hipovolémico en el 13.5%.

Ramos (11) desarrollo un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal en el 2021 para describir las características de la atonía uterina en 34 puérperas atendidas en un establecimiento de salud en Huancayo. Los resultados evidencian que el 52.9% tuvieron atonía uterina tardía, causando parto prolongado en un 44.1%, 35.3% alumbramiento tardío y el 20.6% retención de restos placentarios. Analizando causales de riesgo encontraron el 41.2% con ruptura de membranas de larga data, el 26.5% con antecedente de HPP, el 17.6% multíparas, y el 47.1% sin atenciones prenatales reenfocadas. La complicación más frecuente fue la anemia con un 64.7% , en todas se hizo masaje uterino, uso de oxitócicos en un 58.5% y 29.4% misoprostol en dosis de dos tabletas por vía rectal.

1.3.2 CONCEPTOS BASICOS DE LA ENFERMEDAD O EVENTO

GENERALIDADES

Toda pérdida sanguínea mayor a los 500 ml .en un parto vaginal y los 1.000 ml. en cesárea se define como HPP; siendo su variante más grave la denominada hemorragia postparto precoz, caracterizada por su aparición dentro de las primeras

24 horas después del parto; sin embargo, debido a la subjetividad de esta medición, se suele acompañar a este criterio diagnóstico la existencia de manifestaciones clínicas que hagan sospechar de una hipovolemia (12).

Es HPP tardía cuando el sangrado ocurre 24 horas después del parto hasta las doce semanas, no suele comprometer la vida de la madre y tiene un origen multifactorial más amplio que en la hemorragia precoz (13).

ETIOLOGÍA

Las causas de la hemorragia postparto pueden ser agrupadas en cuatro categorías, denominadas las cuatro T:

- a) Tono o atonía uterina (AU), es decir, la incapacidad del útero para contraerse, representa alrededor del 70% de los casos.
- b) Trauma o lesiones en el canal de parto, e incluye el útero, el cérvix y la vagina, y constituye el 20% de los casos.
- c) Tejido o retención de restos placentarios, que comprende el 9% de los casos.
- d) Trombina o alteraciones relacionadas con la coagulación, eventos poco frecuentes que constituyen el 1% de los casos (14).

Si hablamos de la AU las causas que maximizan el riesgo corresponden a la diabetes mellitus, excesivo volumen de líquido amniótico, la existencia de un trabajo de parto disfuncional, preeclampsia, hematoma retroplacentario, infecciones graves como la corioamnionitis y pérdida sanguínea durante el parto es mayor de los 1000 ml (15).

La hemorragia postparto ocasionada por un desgarro cervical es un evento relativamente raro, y suele producirse durante el periodo expulsivo del parto cuando la cabeza fetal atraviesa el cuello uterino; sin embargo, también se ha reportado casos de desgarro cervical en partos que culminaron por vía cesárea, básicamente en aquellos realizados de emergencia durante la segunda etapa del parto, posiblemente como consecuencia de un parto prolongado que terminó lacerando el cuello uterino (16).

DIAGNÓSTICO

Debido a la gravedad que representa esta entidad, la identificación de criterios clínicos para el diagnóstico temprano es suficiente para determinar la existencia de una HPP es principalmente por la abundante pérdida sanguínea pre o post alumbramiento de la placenta, considerando a esta última la hemorragia postparto verdadera. Entre los signos que deben tomarse en consideración se encuentran la presión arterial sistólica, la cual va acompañada de una sintomatología que va de acorde con el nivel de pérdida ocurrido: a) hemorragia leve con debilidad, taquicardia y sudor; b) hemorragia moderada con oliguria y palidez de mucosas y faneras; y, c) hemorragia grave con anuria, disnea y signos de shock (12).

COMPLICACIONES

Se consideran complicaciones de la HPP cuando se necesita una transfusión sanguínea, asimismo cuando hay aparición de distintas secuelas como disfunciones respiratorias, problemas de control homeostático de la coagulación, falla renal, shock hipovolémico y hasta complicaciones que afectan la fertilidad; asimismo, aumenta el riesgo de aparición de eventos tromboembólicos, la anemia severa postparto, el síndrome de Shehan o el síndrome compartimental abdominal

(17).

Tomando en cuenta la gravedad que algunas complicaciones de la hemorragia postparto pueden alcanzar, es importante que el personal de salud incluya también la prevención de alteraciones a nivel de la salud mental de la paciente, complicación indirecta que no suele ser considerada, y que puede afectar marcadamente tanto su vida como la de su hijo, y hasta a su pareja en el ámbito emocional y sexual (18).

En cuanto a los desgarros cervicales, existe evidencia científica de que los antecedentes de laceración cervical intraparto representan en sí un factor de riesgo independiente de laceraciones cervicales recurrentes, parto por vía cesárea, parto prematuro y laceraciones perineales graves en un futuro embarazo (19). Asimismo, también se ha encontrado una mayor probabilidad de desarrollar depresión entre las mujeres que presentan laceraciones obstétricas graves después del parto, especialmente en aquellas que tienen niveles más bajos de resiliencia, aspecto que debe ser evaluado por el profesional de salud antes de que se le dé el alta a la puérpera que ha sufrido un desgarro cervical (20).

TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO

Las opciones de tratamiento para una hemorragia postparto incluyen las opciones no farmacológicas como el masaje uterino (21) o el balón de Bakri (22), el uso de oxitócicos, misoprostol y las alternativas quirúrgicas (23).

En relación al masaje uterino que se proporciona a la mujer tras la expulsión de la placenta, su objetivo es estimular la contracción uterina mediante masaje fuerte y continuo; sin embargo, presenta como desventaja principal el hecho de que

consume mucho el tiempo del personal sanitario, además de ocasionar malestar en las pacientes (21).

Por tanto, el uso de uterotónicos debería controlar el sangrado, pero en casos graves se puede optar por suturas de compresión uterina como una alternativa que garantizan la conservación de la matriz de la paciente (24). Sin embargo, hay que tener con consideración las posibles complicaciones que pueden aparecer tras el uso de estas suturas, siendo la necrosis uterina la forma más grave, que en casos extremos puede obligar a la realización de una histerectomía (23).

Las principales opciones de tratamiento para la atonía son: a) Oxitocina diluida en 500 -1000ml de 10 a 40 UI o a una dosis de 10 UI administrada por vía intramuscular; b) Ácido tranexámico 1gr. Diluido en solución de 100mg de solución salina por 10- 20 minutos; y si persiste el sangrado luego de 30 minutos, se debe administrar otra dosis igual que la primera c) Ergotamina como la metilergonovina en dosis de 0,2 mg intramuscular cada 2 a 4 horas o la ergometrina en dosis de 0,5mg intravenosa o intramuscular (25).

Para un tratamiento no farmacológico de la hemorragia postparto se destaca el uso de dispositivos con forma de globo que ayuden a comprimir internamente el útero, desde la sonda de Foley, Rusch y el Sengstaken - Blakemore, hasta los sistemas de taponamiento diseñados exclusivamente para este fin como el balón SOS Bakri, el balón BT-Cath y el sistema de taponamiento de doble balón, siendo el balón de Bakri el que ha demostrado más resultados positivos en la literatura científica (22). Sin embargo, si no hay el Balón de Bakri, puede resultar muy útil la confección de un balón artesanal empleando un catéter de Foley y un preservativo masculino, aunque esta alternativa necesita de más tiempo de uso

para detener el sangrado (26).

En relación al manejo de una paciente con sangrado abundante durante el puerperio, la guía del Ministerio de Salud establece que la obstetra, ni bien identifique esta condición, se comunique con el médico encargado a la brevedad, mientras proporciona una compresión bimanual externa o combinada, administra tratamiento farmacológico de Ergometrina de 0.2 mg. intramuscular y cuatro tabletas de Misoprostol por la vía rectal, coloca una faja puerperal, y, si lo considera necesario, colocar un vendaje en los miembros inferiores con la compresión de aorta, controlando en todo momento la cantidad de sangre que está perdiendo durante todo el procedimiento (27).

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir el manejo y terapéutica de la hemorragia después del parto vaginal por atonía uterina y desgarro cervical en el Hospital San Juan de Lurigancho, Lima 2023.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer los factores de riesgo para la hemorragia postparto por atonía uterina y desgarro cervical en la gestación.
- Identificar las complicaciones maternas ocasionadas con la hemorragia postparto por atonía uterina y desgarro cervical.
- Conocer la terapéutica utilizado en la hemorragia postparto por atonía uterina y desgarro cervical.
- Describir la evolución de la paciente desde su ingreso hasta el proceso de alta.

2.2 SUCESOS RELEVANTES

Datos de filiación

Paciente : XXX
Edad : 30 años
Procedencia : San Juan de Lurigancho
Situación conyugal : Conviviente
Último año de estudios : Secundaria incompleta
Ocupación : Su casa
Religión : Evangélica.

MOTIVO DE CONSULTA:

Paciente de 30 años G3 P0020 acude a la emergencia obstétrica del Hospital San Juan de Lurigancho refiriendo dolor tipo cólico con moco sanguinolento hace 8 horas, no sangrado vaginal, no pérdida de líquido, siente movimientos fetales.

ANTECEDENTES FAMILIARES: Ninguno, no contributarios.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Peso habitual : 47 kg. Talla: 1.50cm
VAT : 02 dosis
Quirúrgicos : Quistectomía hace 9 años

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

Primera menstruación	16 años
Régimen catamenial	3-5 días
Inicio de relaciones sexuales	20 años
FUR	17.04.2022
Paridad	G2P0020

Nº de controles prenatales	: 08
----------------------------	------

G	Fecha	Culminación del parto	Observaciones	Lugar de atención
1	2017	Aborto espontáneo	Legrado uterino	HSJL
2	2020	Aborto espontáneo	Legrado uterino	Hosp. San Juan de HSJL
3	Actual			

Examen clínico

Funciones vitales:

P.A. 110/60 mmHg P:80 x' T:36.6 F.R. 20x'

Peso al final del embarazo: 55Kg

AU: 34 cm FCF: 145 x' SPP: LCD MF: ++

Miembros inferiores: Sin edema, no varices

DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

EMERGENCIA OBSTÉTRICA

10.01.23

1:40 hrs.

P/A: 110/60mmHg P: 80x' R: 21 x' T:36.5 C° S0₂: 98%

Paciente de 30 años G3 P0020 acude a la emergencia obstétrica del Hospital San Juan de Lurigancho, refiriendo contracciones uterinas hace 6 horas, refiere también pérdida de tapón mucoso, niega sangrado vaginal y pérdida de líquido amniótico, movimientos fetales presentes.

Evaluación obstétrica

Examen vaginal:

I=80% D:=2cm AP: C-3 Membranas: lintegras

DU: 2/10/++/30" FCF 140x' MF: ++ PSV (-) PLA (-)

Diagnóstico

1. Gestante de 38 semanas por FUR.
2. Trabajo de parto : Fase latente

Plan:

1. Evolución espontánea
2. Se solicita prequirúrgicos
3. Reevaluación en 4 hrs.
4. Adelantar reevaluación si hay sensación de pujo.
5. Cualquier eventualidad comunicar al equipo de emergencia obstétrica.

6:00 hrs.

P/A: 100/60mmHg P: 78x' R: 20 x' T:37 C° S0₂: 98%

Gestante acude para reevaluación para su reevaluación, niega signos de alarma.

Al examen vaginal:

I=80% D=3cm. AP: C -3 Membranas: Integras.

DU: 2/10/++/30" FCF 140x' MF: ++ PSV (-) PLA (-)

Exámenes de laboratorio

Hemograma: Sin desviación izquierda

Hematocrito: 29%

Hb: 10.8 gr/dl

Grupo y factor: AB+

TC: 6" TS: 2"

VDRL: Negativo VIH: Negativo Glucosa:110 mg/ dl.

Examen de orina: Negativo

Diagnóstico

1. Gestante de 38 semanas por FUR.
2. Trabajo de parto: Fase latente
3. Anemia leve

Plan:

1. Reevaluación en 4 hrs.
2. Adelantar reevaluación si hay sensación de pujo.
3. Cualquier eventualidad comunicar al equipo de emergencia obstétrica.

11:00 hrs.

P/A: 110/70mmHg P: 88x' R: 20 x' T:37 C° S0₂: 98%

Gestante acude para reevaluación, niega signos de alarma

Al examen vaginal:

I= 90% D=6cm AP= C-1 Membranas: Íntegras.

DU=3/10/++/30"

LCF= 142 X' MF: ++

PSV (-)

PLA (-)

Diagnóstico

1. Gestante de 38 semanas por FUR.
2. Trabajo de parto: Fase activa
3. Anemia leve

Plan:

1. MMF +COE
2. Reevaluación en dos horas
3. CECEG

12:30 hrs.

P/A= 90/60mmHg

P=70x'

R= 20 x' T=36.2C°

Gestante es reevaluada por equipo de guardia con sensación de pujo.

Al examen vaginal:

I= 90%

D=8cm

AP: C =1

Membranas=Íntegras.

DU= 3/10/++/30"

LCF=150 x'

PSV (-) PLA (-)

Diagnóstico

1. Gestante de 38 semanas por FUR.
2. Trabajo de parto: Fase activa
3. Anemia leve

Plan:

1. Pasa a sala de partos
2. MMF +COE
3. Reevaluación en dos horas y/o sensación de pujo
4. CECEG

13:30 hrs.

Gestante persiste con sensación de pujo y es reevaluada.

I=100% D=9cm. AP: C-0 Membranas=Integras

DU: 4/10/+/+/40" LCF: 145 x' PSV (-) PLA (-)

13:50hrs.

Paciente refiere sensación de pujo.

I=100% D=10cm AP=C-0 Membranas: Integras.

DU: 5/10/+/+/45" LCF: 140 x'

Diagnóstico

1. Gestante de 38 semanas por FUR.
2. Trabajo de parto: Expulsivo
3. Anemia leve

Plan:

Paciente pasa a sala de expulsivo

Sala de expulsivo

14:00 hrs.

Se realiza higiene vulva perineal.

14:15 hrs.

Parto eutócico, recién nacido vivo varón, peso: 3500gr; talla: 50cm. PC: 36cm. PT: 35cm.

APGAR: 8' 9', líquido amniótico verde fluido.

Se realiza contacto piel a piel, pinzamiento tardío del cordón umbilical.

14:16 hrs.

Se administra oxitocina 10 UI, intramuscular para alumbramiento dirigido

14:20 hrs.

Alumbramiento tipo Schultze, membranas y anexos completos. Pérdida sanguínea: 350 cc. aprox.

14:35 hrs.

Se evidencia sangrado activo que no cede al masaje uterino; se comunica al médico asistente de guardia por hemorragia postparto.

Diagnóstico

1. Puérpera parto eutócico
2. Hemorragia post parto d/c causa

Plan:

1. Ergometrina 0.2mg IM. stat
2. Misoprostol 800mg vía rectal (4 tabletas). Stat
3. Revisión instrumentada

14:45 hrs.

Se administra la medicación indicada y se procede a examinar canal vaginal, de observa desgarro de cérvix.

14:55 hrs.

Se sutura cuello uterino, se coloca valvas para ampliar zona de sutura. Se realiza masaje uterino, sangrado leve, útero contraído a nivel de cicatriz umbilical.

Diagnóstico

1. Puérpera parto eutócico
2. Hemorragia post parto por atonía uterina
3. Desgarro de cérvix.

Plan:

1. CFV en puerperio
2. Cloruro de sodio al 9/1000 con 30 UI de oxitocina a 40 gotas x'

3. Masaje uterino frecuente
4. Tramal 100mg en inyección sc 1cc.
5. Hb. Control a las 6hrs.
6. CECEG

Sala de puerperio inmediato

15:30 hrs.

Funciones vitales estables

Paciente pasa a sala de puerperio con vía mas oxitocina, se realiza masaje uterino continuo, útero contraído a nivel de cicatriz umbilical, loquios hemáticos , escasos y sin mal olor.

18:00 hrs.

Puérpera con funciones vitales estables y examen ginecológico normal en condiciones de pasar a sala de hospitalización.

Sala de hospitalización

21:00 hrs.

Se toman exámenes de laboratorio control

23:00 hrs.

Se reciben resultado de hemoglobina de control: 6.9 g/dl. Hematocrito: 23.3%. Se compara con resultados parto : Hematocrito: 29% Hb: 10.8 gr/dl

Día 11/01/2023

7:00 hrs.

Control de funciones vitales estables.

Puérpera en LOTEP, AREG, AREN, refiere dolor en la episiorrafia, con RN lactando,, útero contraído a nivel de la cicatriz umbilical, loquios hemáticos, escasos, sin mal olor.

Diagnóstico

1. Puérpera mediata de parto vaginal

2. HPP controlada por desgarro de cérvix

3. Anemia severa

Plan

1. DC + LAV

2. CFV en hoja aparte

3. Higiene vulvo-perineal tres veces por día

4. Sulfato ferroso 300mg VO c/12 hrs

5. LME

6. Paracetamol 1gr. VO condicional a dolor en zona perineal

7. Posibilidad de transfusión sanguínea

8. Se solicita pruebas cruzadas

9. CECEG

13:45 hrs.

Equipo de guardia indica transfusión de 01 paquete globular.

19:00hrs.

Paciente estable con funciones vitales estables, con examen ginecológico normal, no signos de alarma, no se pudo transfundir pues no hay personal de laboratorio disponible.

Día 12/01/2023

7:00 hrs.

Control de funciones vitales estables con recién nacido lactando.

Diagnóstico

1. Puérpera mediata de parto vaginal

2. Anemia severa

Plan

1. DC + LAV
2. CFV en hoja aparte
3. Higiene vulvo-perineal tres veces por día
4. Sulfato ferroso 300mg VO c/12 hrs
5. LME
6. Paracetamol 1gr. VO condicional a dolor en zona perineal
7. Transfusión sanguínea previa firma de consentimiento informado
8. CECEG

10:00 hrs

Paciente no desea transfusión sanguínea por temas de índole religioso. Y pide alta voluntaria.

16:00 hrs.

Medico de guardia firma el alta, se cita a puérpera a los siete día por consultorios externos y educación en signos de alarma.

2.3 DISCUSIÓN

-Las hemorragias en el puerperio son percibidas por las obstetras o el equipo que hace una valoración estricta tras el parto, es así como esta valoración constituye una de las determinantes más relevantes para la mortalidad materna, con una incidencia del 3,8%, y en el caso de las hemorragias postparto graves la incidencia es de 0,4%; encontrándose una mayor frecuencia en el caso de partos instrumentados y cesáreas.

-En nuestro caso clínico nos centramos en una gestante con hemorragia postparto teniendo como causa una de las que con mayor frecuencia se menciona en la literatura científica que es la atonía uterina y las complicaciones se hacen más bajas como resultado de la aplicación de un manejo activo del alumbramiento, como se mostró en nuestro caso presentado, además de identificar otra causa de esta hemorragia postparto como es un desgarro de cérvix desencadenando una anemia severa, resuelto inmediatamente con una evolución favorable.

- El manejo activo de la hemorragia post parto mediante uterotónicos que se narra en nuestro caso clínico cumple con lo que **Narváez y Ramos** destacan en los resultados de su investigación donde destacan que el 45% de casos recibió con éxito el tratamiento uterotónico para resolver el problema del sangrado, seguido de un 25% que sólo usó el masaje uterino bimanual, y con menores porcentajes se encontró el uso del balón de Bakri (15%).

-En el manejo de la hemorragia post parto, se puede agregar la administración de misoprostol vía rectal como lo menciona **Mora** quién incluyó al uso de 20 UI de oxitocina intravenosa, 1.000 mg misoprostol rectal + 0,25 mg metilergometrina intramuscular, y de no ceder ante estos medicamentos se traslada a paciente a una intervención quirúrgica exploratoria.

-En nuestro caso clínico después de la hemorragia postparto, vuelve a presentar un sangrado continuo, cuando ya se había solucionado la atonía uterina, por tanto se busca otro factor y se encuentra un desgarro de cérvix como lo menciona **Zambrano et al.** quien en su investigación determina que una de las causas de hemorragia puerperal fuera de la atonía uterina es el desgarro perineal en mujeres primíparas, con una incidencia de 0 - 2 casos mensuales; pero no encontramos ninguna de las causas mencionadas en su estudio como falta de controles prenatales, macrosomía fetal o episiotomía.

-De modo contrario a Zambrano et. al **Eusebio** presentó el caso clínico de una segundigesta a término de 39 años que después del parto se detecta una hipotonía uterina que no cede al uterotónico y misoprostol y se encuentra un desgarro de IV grado que desarrolló un cuadro de anemia moderada, siendo necesaria la transfusión de paquetes globulares, y luego se procedió al alta tras una evolución favorable; en esto coincidimos en nuestro caso clínico que terminó con una anemia moderada. También **Soto y Aroquipa** señala que después de la atonía uterina las laceraciones en el canal de parto constituyen el 9.6% de causas de hemorragia postparto.

2.4 CONCLUSIONES

- El caso clínico se trata de una mujer embarazada que presentó una hemorragia postparto como consecuencia de una atonía uterina acompañada de desgarro cervical, y cuya atención se realizó en el Hospital San Juan de Lurigancho, llevándola hasta una anemia severa con la indicación transfusión de un paquete globular, pero no se lleva a cabo por temas de ideología religiosa.
- Las complicaciones de la hemorragia postparto, si no tienen un manejo adecuado, pueden conllevar a un desenlace fatal, dentro de las que tenemos: síndrome de distrés respiratorio del adulto, coagulación intravascular diseminada, falla renal, shock hipovolémico, complicaciones que afectan la fertilidad; anemia severa, síndrome de Shehan; en nuestro caso presentó una anemia severa como producto de una atonía uterina junto a un desgarro de pared vaginal.
- En el manejo terapéutico de una hemorragia postparto es importante detectar la causa seguido de las medidas farmacológicas respectivas que se dan en orden de prelación: uso de uterotónicos como la oxitocina, administración de prostaglandinas; ácido tranexámico para detener el sangrado; y en caso de persistir el sangrado metilergonovina; acompañado de una revisión instrumentada para determinar si existe algún tipo de laceración o desgarro perineal, vaginal o cervical; como fue en nuestro caso clínico.
- La hemorragia postparto debe prevenirse con un manejo activo durante el alumbramiento, y en caso se produjera esta complicación es importante el manejo terapéutico y una adecuada revisión instrumentada para determinar algún tipo de lesión o desgarro en el cérvix o pared vaginal, que debe ser resuelto para que no

prosiga un sangrado activo que puede conllevar a una anemia severa como lo presentamos en nuestro caso clínico.

2.5 RECOMENDACIONES

- La revisión de casos clínicos de patologías que producen mucha morbimortalidad en la población materna, son de suma importancia la actualización, manejo y el desarrollo de nuevos planes de referencia y contrarreferencia para evitar desenlaces fatales.
- Tener el profesional capacitado, los kit de clave roja listos y equipados constituyen la base fundamental en el manejo de la hemorragia postparto, y así llegar a una evolución favorable de la paciente.
- El diagnóstico oportuno de la emergencia obstétrica por el personal de salud idóneo del establecimiento de salud asegura evitar complicaciones materno-perinatales.
- Promover investigaciones en el tema, con nuevas tendencias en el manejo clínico, con capacitación constante del personal de salud aseguramos que la salud de la madre y el recién nacido se vean realmente favorecidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Olawade DB, Wada OZ, Ojo IO, Odetayo A, Joel-Medewase VI, David-Olawade AC. Determinants of maternal mortality in south-western Nigeria: Midwives' perceptions. *Midwifery*. 2023;127:103840.
2. Zheng F, Wen H, Shi L, Wen C, Wang Q, Yao S. Incidence of postpartum hemorrhage based on the improved combined method in evaluating blood loss: A retrospective cohort study. Alwy Al-beity F, editor. *PLOS ONE*. 2023;18(7):e0289271.
3. Mitta K, Tsakiridis I, Dagklis T, Grigoriadou R, Mamopoulos A, Athanasiadis A, et al. Incidence and Risk Factors for Postpartum Hemorrhage: A Case-Control Study in a Tertiary Hospital in Greece. *Medicina (Mex)*. 2023;59(6):1151.
4. Távara A, Núñez M, Tresierra MÁ. Factores asociados a atonía uterina. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2022;68(2):00005.
5. Guevara Ríos E. Manejo activo de la tercera etapa del parto salva vidas. *Rev Peru Investig Materno Perinat*. 2022;11(2):7-8.
6. Narváez Zambrano CG. Técnicas utilizadas para el control de hemorragia obstétrica por atonía uterina [Internet] [Thesis]. [Guayaquil]: Universidad de Guayaquil; 2022 [citado 18 de octubre de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/65769>
7. Mora-Aznaro M. Caso clínico: Hemorragia masiva obstétrica. *Rev Chil Anest*. 2022;51(6):757-9.
8. Zambrano Villamar V, Vera-Quíñonez S, Rodríguez Sotomayor J, Reyes Rueda E. Hemorragia post parto por desgarro perineal en mujeres primíparas. *Cumbres*. 2019;5(1):125-35.
9. Eusebio Bujaico MM. Factores asociados a hemorragia postparto en una gestante de un hospital de nivel III-1 de atención [Internet]. [Moquegua]: Universidad José Carlos Mariátegui; 2022 [citado 18 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/20.500.12819/1460>
10. Soto Silva SC, Aroquipa Flores Y. Hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el hospital de Pichanaki Junín 2020 [Internet]. [Huancavelica]: Universidad de Huancavelica; 2022 [citado 18 de octubre de 2023]. Disponible en:

<https://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/5188>

11. Ramos Bullón CN. Atonía uterina en puérperas atendidas en el Centro de Salud La Libertad Huancayo 2020 [Internet]. [Huancavelica]: Universidad de Huancavelica; 2021 [citado 18 de octubre de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/3721>
12. Ponce-Pilozo MJ, Zapata-Mata MA, Cárdenas-Chávez AB, Parra-Conforme WG. Manejo de la hemorragia severa post-parto por atonía uterina. *Dominio Las Cienc.* 2021;7(4):1128-46.
13. Llácer-Pérez M, Narváez-Galán S, Chacón-Crespo M. Hemorragia posparto tardía y utilidad de la determinación no invasiva de hemoglobina: comunicación de un caso. *Prog Obstet Ginecol.* 2015;58(7):323-6.
14. Astudillo Córdova MC, Landín Ramírez TM, Vélez Vera AJ, Villavicencio Briones WV. Causas de hemorragia posparto. *RECIMUNDO.* 2021;5(1):191-206.
15. Díaz Jiménez MM, Ferreiro Hernández LB, Esteban Soto JA. Predictores de atonía uterina. *Rev Inf Científica.* 2016;95(3):425-36.
16. Wong LF, Wilkes J, Korgenski K, Varner MW, Manuck TA. Intrapartum Cervical Laceration and Subsequent Pregnancy Outcomes. *AJP Rep.* 2016;6(3):e318-23.
17. Rivera Fumero S, Chacón González C, González Chavarría A. Hemorragia posparto primaria: diagnóstico y manejo oportuno. *Rev Medica Sinerg.* 2020;5(6):e512.
18. Méndez Amador K. Recomendaciones sobre intervenciones enfermeras posterior a la hemorragia posparto. *Qual Rev Científica.* 2022;24(24):54-65.
19. Hamou B, Sheiner E, Coreanu T, Walfisch A, Silberstein T. Intrapartum cervical lacerations and their impact on future pregnancy outcome. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2020;33(5):883-7.
20. Asif S, Mulic-Lutvica A, Axfors C, Eckerdal P, Iliadis S, Fransson E, et al. Severe obstetric lacerations associated with postpartum depression among women with low resilience – a Swedish birth cohort study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2020;127(11):1382-90.
21. Hofmeyr GJ, Abdel-Aleem H, Abdel-Aleem MA. Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2013 [citado 27 de octubre de 2023];(7). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006431.pub3/f>

ull/es

22. Xiao C, Wang Y, Zhang N, Sun G qiang. Bakri Balloon for Treatment of Postpartum Hemorrhage: A Real-World 2016–2020 Study in 279 Women from a Single Center. *Med Sci Monit Int Med J Exp Clin Res.* 2023;29:e938823-1-e938823-9.
23. García-Guerra R, Assaf-Balut M, El-Bakkali S, Pérez De Ávila-Benavides I, Huertas-Fernández MÁ. Necrosis uterina tras sutura de compresión hemostática: reporte de caso y revisión de la literatura. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2022;73(4):378-87.
24. Flores-Méndez VM, García-Sánchez JA. Uso de suturas de compresión uterina para el tratamiento de la hemorragia obstétrica. *Rev Hosp Juárez México.* 2014;81(2):104-9.
25. Vargas Chaves S, Duarte Jeremías M. Hemorragia postparto. *Rev Medica Sinerg.* 2020;5(11):e603.
26. Jiménez L, Veroes J, Vera M, Colmenares M, Muro JD, Márquez D. Experiencia en el uso del balón SOS Bakri y balón artesanal en la hemorragia posparto por atonía uterina. *Rev Obstet Ginecol Venezuela.* 2020;80(3):227-35.
27. Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas, Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Manejo Estandarizado de las Emergencias Obstétricas y Neonatales: Módulo 1 (Modelo de intervención para mejorar la Disponibilidad, Calidad y Uso de los Establecimientos que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales) [Internet]. Lima: Minsa; 2010. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1138_DGSP275-1.pdf