



**UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI**

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN**

**FACULTAD DE CIENCIAS**

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA**

**TRABAJO ACADÉMICO**

**HEMORRAGIA POSTPARTO POR ATONÍA UTERINA,  
DESGARRO CERVICAL Y DE PARED VAGINAL,  
HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ, LIMA – 2023**

**PRESENTADO POR:**

**NORMA ELIZABETH RAMIREZ SALINAS DE QUIROZ**

**ASESORA:**

**MG. MARIA DEL PILAR ASAN VELASQUEZ**

**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**  
**FACULTAD DE CIENCIAS**  
**“UNIDAD DE INVESTIGACIÓN”**

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

00043-2025

**CERTIFICADO DE ORIGINALIDAD**

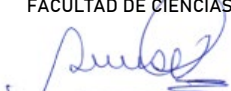
La que suscribe, en calidad de Jefe de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias, certifica que el: Trabajo de Investigación (\_\_\_) / Tesis (\_\_\_) / Trabajo de Suficiencia Profesional (\_\_\_) / Trabajo Académico (X), titulado: **“HEMORRAGIA POSTPARTO POR ATONÍA UTERINA DESGARRO CERVICAL Y DE PARED VAGINAL, HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ, LIMA - 2023”** presentado por la aspirante: **RAMIREZ SALINAS DE QUIROZ, Norma Elizabeth**, para obtener el: Grado Académico (\_\_\_) / Título Profesional (\_\_\_) / Título de Segunda Especialidad (X) en: **OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS**, asesorada por la Mg. María del Pilar Asana Velásquez, designada con Resolución Directoral N° 0050-2024-DEPG-UJCM, fue sometido a revisión de similitud textual con el software TURNITIN obteniendo un porcentaje del **26%**, el cual se encuentra dentro de los parámetros **PERMITIDOS** por la Universidad José Carlos Mariátegui, de conformidad a la normativa interna, considerándolo apto para su publicación en el Repositorio Institucional.

Se expide la presente para los fines pertinentes.

Moquegua, 23 de enero de 2025



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI  
FACULTAD DE CIENCIAS

  
Dr. LUÍS DELFÍN BERMEJO PERALTA  
JEFE (e) DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

## ÍNDICE DE CONTENIDO

Página del jurado	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE DE CONTENIDO	iv
RESUMEN	v
CAPÍTULO I PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	6
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	6
1.2 JUSTIFICACIÓN	8
1.3 MARCO TEORICO	10
1.3.1 ANTECEDENTES	10
ANTECEDENTES INTERNACIONALES	10
ANTECEDENTES NACIONALES	11
1.3.2 CONCEPTOS BASICOS	133
GENERALIDADES	133
FACTORES DE RIESGO	144
EVALUACIÓN CLÍNICA <sup>6</sup>	
DIAGNÓSTICO <sup>7</sup>	
PLAN DE TRATAMIENTO	177
CAPÍTULO II CASO CLÍNICO	2020
2.1 OBJETIVOS	2020
OBJETIVO GENERAL	20
OBJETIVOS ESPECIFICOS	2020
2.2 SUCESOS RELEVANTES	21
2.3 DISCUSIÓN	3434
2.4 CONCLUSIONES	3636
2.5. RECOMENDACIONES	38
BIBLIOGRAFÍA	39

## RESUMEN

El presente trabajo académico, aborda el problema de la hemorragia postparto, por tres causas como son atonía uterina, desgarro de pared vaginal y desgarro de cérvix, para lo cual es importante reconocer la causa de principal de este evento, y si persiste diagnosticar las causas secundarias y dar solución a la emergencia.

**Objetivo:** Conocer el plan de atención clínica con los indicadores de riesgo y las complicaciones de una paciente con hemorragia postparto por atonía uterina, desgarro de pared vaginal y cérvix en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Lima 2023. **Resultados:** Primigesta de 20 años, de 39 3/7 semanas de gestación según fecha de última regla. Paciente acude por emergencia refiriendo contracciones encontrándola en trabajo de parto fase activa y pasa a ser hospitalizada en sala de partos. El parto se produce tres horas y media después una recién nacido de sexo femenino de 3470 gramos. Dos horas después del parto se produce un sangrado abundante y al tacto bimanual, útero hipotónico, se administra uterotónicos, misoprostol, ácido tranexámico y ergometrina. Se da solución a la hipotonía uterina y al no ceder el sangrado se procede a revisión instrumentada bajo anestesia, por el dolor intenso manifestado, y se encuentra desgarro de pared vaginal y de cérvix con evolución favorable. **Conclusiones:** La hemorragia postparto es una complicación grave del puerperio, que puede prevenirse con un manejo activo durante el alumbramiento, y se suman a ellas causas múltiples como en este caso atonía uterina más desgarro de pared vaginal y de cérvix es importante el manejo multidisciplinario para la evolución favorable de la paciente.

**Palabras claves:** Alumbramiento, desgarro de pared vaginal, desgarro de cérvix, Hemorragia obstétrica, Puerperio.

## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN**

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

La hemorragia postparto (HPP) se conceptualiza como la pérdida excesiva de fluido sanguíneo después del alumbramiento, y que se manifiesta con mareos, vértigo, lipotimia o síncope y que puede verse asociada a signos de inestabilidad hemodinámica, como la hipotensión, taquicardia y oliguria (1).

Es uno de los problemas mundiales en términos de salud pública puesto que conlleva a la muerte materna. Si analizamos los causales de riesgo y las causas principales de esta patología, nos ayudaría a reducir su aparición después del parto, asimismo la referencia temprana y a tiempo a un hospital de mayor complejidad sería la clave para salvar la vida de esta mujer (2)

Al ser una de las principales causas de mortalidad materna a nivel mundial con mayor frecuencia en los países de bajos y medianos ingresos es importante mostrar cifras a nivel mundial, por tanto, la HPP contribuye a más del 20% de todas las muertes maternas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que

alrededor de 70,000 mujeres mueren cada año debido a esta complicación, destacando la necesidad urgente de mejorar las prácticas de prevención y tratamiento en los sistemas de salud globales (3).

En América Latina, la incidencia de la HPP es significativa, con variaciones entre los países debido a las diferencias en los sistemas de salud y los recursos disponibles. Un estudio reciente muestra que la HPP complica hasta el 10% de los partos en la región, subrayando la necesidad de intervenciones estandarizadas y accesibles para su análisis. (4)

En Perú, la HPP es una preocupación importante en salud materna. Se reporta que aproximadamente el 7% de los partos en el país se complican con HPP, contribuyendo significativamente a la mortalidad materna. La disponibilidad y calidad de los servicios de salud, especialmente en áreas rurales, son factores determinantes en la gestión de esta condición. (3)

En Lima, la capital de Perú, las estadísticas reflejan una mejor gestión de la HPP en comparación con otras regiones del país, debido a una mayor accesibilidad a servicios médicos avanzados. Sin embargo, la HPP sigue siendo una de las principales causas de morbilidad materna, afectando aproximadamente al 5% de las mujeres que dan a luz en los principales hospitales de la ciudad (3)

Las regiones con mayores tasas de mortalidad materna debido a la HPP incluyen:  
Lima Metropolitana: Reporta una tasa de 15 muertes por cada 100,000 nacidos vivos, con la HPP representando aproximadamente el 40% de estas muertes. Loreto: Registra una tasa de 20 muertes por cada 100,000 nacidos vivos, siendo la HPP responsable del 50% de las muertes maternas. Puno: Presenta una tasa de 18 muertes por cada 100,000 nacidos vivos, con un 45% de estas muertes atribuibles a

la HPP.

Ayacucho: Tiene una tasa de 16 muertes por cada 100,000 nacidos vivos, con la HPP contribuyendo al 42% de las muertes maternas (5)

Por tanto, la HPP continúa siendo un desafío crítico en salud materna, especialmente en América Latina y Perú. Es fundamental implementar protocolos efectivos de prevención y tratamiento, así como mejorar el acceso a atención obstétrica de calidad para reducir la incidencia y mortalidad asociadas a esta condición; es por ello por lo que desarrollamos este caso clínico para conocer las causas y manejo de esta complicación obstétrica.

Es así, como el personal de salud considera a las hemorragias en el puerperio como un problema latente de mortalidad materna, de impacto en la salud pública, por tanto debe ser resuelto de manera prioritaria por las políticas de los establecimientos de salud a todo nivel (6).

## **1.2 JUSTIFICACIÓN**

La hemorragia postparto (HPP) siendo una de las principales causas de mortalidad materna y haciendo un análisis del manejo de este se debe en gran parte a la falta de acceso a atención obstétrica de emergencia y a la ineficacia en la gestión temprana de la condición y es en América Latina, la mortalidad materna por HPP un problema crítico, con tasas significativamente más altas en comparación con países de ingresos altos. (3)

Además de la mortalidad, la HPP tiene importantes consecuencias a largo plazo para la salud de las mujeres que sobreviven. Estas pueden incluir anemia severa, necesidad de transfusiones de sangre, y complicaciones adicionales como la sepsis

o el síndrome de Sheehan, que es una insuficiencia hipofisaria secundaria a una necrosis del tejido hipofisario debido a la hipovolemia prolongada. Estos efectos pueden afectar la calidad de vida de las mujeres y su capacidad para cuidar de sus recién nacidos y otros hijos.

El impacto económico de la HPP también es significativo tanto para los sistemas de salud como para las familias afectadas. Los costos asociados con el manejo de la HPP incluyen hospitalización prolongada, intervenciones quirúrgicas, transfusiones de sangre y cuidados intensivos. En países con recursos limitados, estos costos pueden representar una carga sustancial para los sistemas de salud ya estresados y para las familias que a menudo deben cubrir gastos adicionales fuera del sistema público de salud.

La HPP afecta de manera desproporcionada a las mujeres en áreas rurales y de bajos recursos. En nuestro país la mortalidad materna debido a HPP es significativamente mayor en las regiones rurales que en Lima, donde el acceso a servicios médicos avanzados es mejor. La disparidad en los resultados de salud se ve agravada por la falta de transporte adecuado, la escasez de personal médico capacitado y la falta de suministros médicos esenciales en las zonas más remotas del país (3)

Por tanto, para abordar la HPP, es crucial implementar intervenciones efectivas. Estas incluyen el uso profiláctico de oxitocina, la administración de ácido tranexámico dentro de las tres horas posteriores al parto, y el uso de dispositivos como el balón de tamponamiento uterino y el traje antichoque no neumático. Además, la capacitación del personal de salud en la identificación y manejo temprano de la HPP puede mejorar significativamente los resultados para las mujeres.



### **1.3 MARCO TEORICO**

#### **1.3.1 ANTECEDENTES**

##### **ANTECEDENTES INTERNACIONALES**

**Vélez** (15) en el año 2021 publica un caso clínico de una paciente de 20 años, con embarazo de 39.4 semanas por FUR, sin patologías previas, con escasos controles prenatales, que presentó un cuadro clínico caracterizado epigastralgia, terminando en un parto normal, con un recién nacido macrosómico sin complicaciones. Después del parto presenta atonía uterina, taquicardia materna; por lo que se procede a realizar una revisión instrumentada, donde se encuentra un desgarro de pared vaginal, que fue reparada; pero persiste el sangrado evidenciándose hipotonía uterina, se activa clave roja y se maneja con doble vía con hidratación y uterotónicos, misoprostol, masaje uterino enérgico, y al persistir la hipotonía se coloca balón de Bakri, con el cual se recupera el tono uterino y se observa sangrado escaso; se transfunden dos paquetes globulares y se coloca traje antishock donde se observa evolución favorable. Aquí se identificó un factor de riesgo para esta complicación la macrosomía.

**Dutan e Hidalgo** (16) en el año 2022 desarrollaron un estudio donde tuvo como objetivo conocer las causas y complicaciones de la HPP en puérperas entre 15-45 años en un hospital de Ecuador (2018-2020). Fue un estudio retrospectivo, cualitativo con resultados: 62% de casos de da entre los 15-25 años, 29% entre los 26-35 años y 9% entre 36-45 años. Un 68% en multigestas y 32% en primigestas. Un 56% no tuvieron factores de riesgo, 17% parto prolongado, 12% cesárea previa, 9% acretismo placentario, 6% trastornos hipertensivos. Siendo la causa más

frecuente la atonía uterina con un 59%, 23% los desgarros de la pared vaginal o cérvix, y 18% por retención placentaria o tejidos. Con respecto a las complicaciones 63% fue la anemia, 21% shock hipovolémico, 12% histerectomía y 4% sepsis.

**Hernandez y Nuñez** (17) en el año 2023 desarrollaron un estudio que analiza las consecuencias de la HPP en un policlínico (2015–2020). Fue un estudio descriptivo, observacional retrospectivo, en las cuales se evaluó 224 puérperas con HPP que cumplían criterios de selección. Dos pacientes del estudio (0,89%) presentaron desenlaces mortales. Todas las pacientes recibieron manejo farmacológico; a 60 pacientes (26,79%) se les realizó manejo invasivo no quirúrgico, a 71 mujeres (31,94%) se le sometió a intervención quirúrgica, siendo la histerectomía la intervención más frecuente en un 64,29%. Se da en orden prelatorio las causas: fue la atonía uterina en un 89,29 %, el 21,08% retención de restos placentarios. El 7,59% se derivaron a UCI y el 53,18% requirió soporte transfusional.

## **ANTECEDENTES NACIONALES**

**Tavara** (7) en el año 2022 en un Hospital de Trujillo realiza un estudio observacional analítico que analiza los factores que conllevan a una atonía uterina, contando con una población de 4.148 puérperas inmediatas (2009-2019); con los siguientes resultados: 1037 presentaron atonía uterina, 3111 fueron su población control; los factores con niveles estadísticamente significativos fueron: parto por cesárea OR 1,98 (IC 95%: 1,71-2,29)], procedentes de la sierra OR 1,38 (IC 95%: IC: 1,12-1,70), embarazo múltiple OR 4,48 (IC 95%: 3,43-5,83), parto disfuncional OR 1,82 (IC 95%: 1,44-2,31)], feto macrosómico OR 1,37 (IC 95%: 1,08-1,73. Por

tanto para este estudio los factores asociados al desarrollo de atonía uterina fueron la cesárea como vía de parto, ser procedente de la sierra, feto macrosómico, polihidramnios y embarazos múltiples.

**Soto, Aroquipa** (18) en el 2022 desarrolla un estudio descriptivo, prospectivo, no probabilístico en un Hospital de Junín con el objetivo de describir las características de la HPP en puérpera de parto vaginal, teniendo como resultado: Se presentó en un 10.4% de todas las puérperas; 73.1% entre 20-34 años, 88.5% con parto a término; 57.7% con secundaria, el 53.8% con control prenatal; el 63.5% periodo intergenésico mayor a 2 años; 75.% no contaba con plan de parto; el 44.2% presentaron HPP precoz, con atonía uterina el 26.9%, el 9.6% traumas y laceraciones en el canal de parto, el 7.7.% retención de placenta, 55.8% presentaron HPP tardía, con 21.2% por subinvolución del lecho placentario, el 5.8% endometritis, el 28.2% retención de restos placentarios, dentro de las complicaciones se presentó shock hipovolémico en un 13.5%, el 48.1% anemia, de las cuales el 38.5% anemia leve y el 9.6% anemia moderada.

**Eusebio** (19) en el año 2022 presentó un caso clínico de una segundigesta a término de 39 años que ingresa a emergencia en expulsivo y con membranas rotas, seguida de un parto vaginal con recién nacido de 3645 gramos con un Apgar adecuado 8'9', con alumbramiento dirigido con 10UI oxitocina intramuscular, durante el puerperio inmediato, se observa sangrado profuso con coágulos, se procede a retirar los coágulos, se palpa útero hipotónico, por lo que se procede al masaje bimanual de manera enérgica, al no ceder se coloca misoprostol 800 microgramos en fondo de

saco rectal, asimismo se procede a una revisión instrumentada donde al no encontrar restos de membranas se procede a realizar una extirpación del cuello uterino por desgarro de IV grado que tuvo; y con este procedimiento que se detiene el sangrado. Como complicación de esta HPP la puérpera se queda con una anemia moderada con la transfusión de 02 paquetes globulares, luego de dos días evoluciona favorablemente y se brinda el alta médica.

### **1.3.2 CONCEPTOS BASICOS**

#### **GENERALIDADES**

La hemorragia postparto (HPP) se conceptualiza como la pérdida sanguínea superior a los 500 ml en un parto eutócico o 1.000 ml en el caso de un parto por cesárea; 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 (9).

La cuantificación de la pérdida sanguínea sigue siendo subjetiva e incorrecta, lo que podría determinar un diagnóstico errado, por ello es importante tener una estimación real de este sangrado mediante el pesaje de los elementos que sirvieron para contener el mismo, asimismo tener en cuenta los signos y síntomas de alteración hemodinámica como la taquicardia e hipotensión que no aparecen hasta que la pérdida represente un 25% del volumen total de la paciente (aproximadamente 1,5 L o más). Por lo expuesto es importante tomar en cuenta estas estimaciones para llegar a un diagnóstico y manejo adecuado.(9)

La HPP que se produce en las primeras 24 horas, la más común, se denomina temprana o primaria; mientras que la que se da después de las primeras 24 horas hasta las doce semanas, se llama tardía o secundaria y no llega a compromisos maternos mayores con agentes multicausales (19).

## **ETIOLOGÍA**

Los agentes causales de la HPP se agrupan en cuatro categorías, denominadas las cuatro T:

- a) Tono o atonía uterina, es la incapacidad del útero para contraerse y 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 representa un 20% de 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 (20).

## **FACTORES DE RIESGO**

Estos factores que pueden desencadenar una HPP deben ser identificados precozmente durante el control prenatal, la emergencia obstétrica y la sala de partos para evitar complicaciones y desenlaces fatales; asimismo tener todo el equipo preparado en caso de presentar esta complicación (21)

Según el Centro de atención de calidad materna – California elaboró una tabla de valoración de riesgo que es la siguiente:

Bajo riesgo	Mediano riesgo	Alto riesgo
Cuatro o menos partos vaginales anteriores	Mayor a cuatro partos vaginales anteriores.	Placenta acreta, previa o de inserción baja.
Ningún antecedente de cirugía	Fibromas grandes.	Menos de 30% de hematocrito u otros problemas hematológicos.
Ningún antecedente de HPP	Corioamnionitis	Sangrado profuso
Ningún trastorno hemorrágico.	Gestación múltiple.	Problemas de coagulación
	Historia de hemorragia postparto.	Plaquetas menores a cien mil

Cuando se identifica el factor de riesgo podemos usar de manera profiláctica uterotónicos, oxitocina, o haciendo sinergia con prostaglandinas, misoprostol, que disminuyen el riesgo de la HPP menor al 30%; pero hay otro porcentaje que sin ningún factor riesgo hacen HPP o viceversa. (15). Asimismo el manejo activo del

alumbramiento y el uso anticipado de oxitocina, disminuyen el riesgo en un 50% . (21)

Existen factores que aumentan el riesgo de atonía uterina : diabetes mellitus, preeclampsia, trabajo de parto disfuncional, hematoma retroplacentario, polihidramnios, corioamnionitis y perdidas profusas mayores a 1000ml. (22).

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.

## **EVALUACIÓN CLÍNICA**

La evaluación inicial de riesgo centrado en el estado cardiovascular de la paciente nos dará indicios para intervenir inmediatamente si la paciente presenta signos de shock y nos ayuda a prevenir el colapso de este sistema en caso de una HPP. (23)

Por tanto, es importante comprobar si la placenta ha sido expulsada, buscar membranas o restos faltantes, nivel del útero en relación con la cicatriz umbilical y la estimación y cuantificación del peso del volumen de pérdida sanguínea. (23)

Son signos de un estado de compromiso hemodinámico cuando el pulso es mayor a 110 latidos por minuto y la presión arterial menor a 85/45 mmHg. y nos ayudan a diagnosticar una HPP, además de ello si presenta una saturación menor al 95%, retraso en el llenado capilar, oliguria y palidez nos indican un compromiso de mayor

envergadura; aunque en algunos casos hay mujeres con hemorragia presentan ninguno de estos síntomas de descompensación hemodinámica. (23)

## **DIAGNÓSTICO**

Para identificar una HPP nos basamos en la evaluación física de la puérpera y el buen plan del profesional de salud que atiende a la puérpera en esta situación.

Una vez producida la HPP se debe solicitar un hemograma completo, perfil de coagulación (incluido fibrinógeno) y grupo sanguíneo y prequirúrgicos, puesto que los valores de hemoglobina y hematocrito pre y post a este suceso nos servirán para comparación y poder cuantificar la pérdida sanguínea. Asimismo, debemos solicitar una batería de análisis que midamos función renal, electrolitos; perfil hepático, dímero D y lactato sérico.

Al examen físico es importante inspeccionar detenidamente el periné, canal vaginal y útero de la puérpera para ver laceraciones o desgarros a ser reparados. Asimismo nos ayudaría una ecografía para ver si hay restos de membranas o líquido libre en cavidad.(23)

## **PLAN DE TRATAMIENTO**

Existen diferentes líneas de acción ante una HPP que detallamos:

**Tratamiento Expansión de volumen:** Para la reposición de volumen corrigiendo la hipovolemia, se necesita canalización de doble vía y administrar solución salina al 0,9%, y la solución de Ringer lactato de preferencia tibios.

Administrar tres veces más de la pérdida sanguínea estimada, luego la reposición de paquetes globulares, plasma y plaquetas. Una vez que se estabilice la paciente



se evalúe las posibles causas del sangrado. (24)

**Lesiones de canal:** Luego del parto se revisa detenidamente el cérvix y la vagina, ante un caso de HPP detectar lesiones que no hayan sido observadas para ser suturadas y si persistiera el sangrado en napa colocar un tapón vaginal y retirar 4-6 horas después. (24)

**Restos de membranas:** Se da mediante una revisión instrumentada de la cavidad uterina, y luego de haber realizado este procedimiento dar antibiótico profiláctico. (24)

**Rotura uterina:** Si es una cesareada anterior mediante un examen bimanual palpar si hay signos de pérdida de continuidad de cicatriz anterior para ingresar a una laparotomía para la sutura correspondiente. (24)

#### **MANEJO DE LA ATONÍA UTERINA**

El orden sugerido en el manejo se indica a continuación:

-Masaje uterino de manera enérgica.

-El manejo farmacológico: Con uso progresivo de oxitocina IV (30 UI) en primera línea, si persiste sangrado metilergonovina IM (ampolla de 20ug) previa toma de presión arterial, al no ceder administrar prostaglandinas (misoprostol) por vía rectal (cuatro comprimidos de 200 ug). .

-Manejo quirúrgico: Si la paciente no responde a uterotónicos; requieren tratamiento quirúrgico también de manera: Primero taponamiento, segundo suturas compresivas; también se puede colocar el balón de Bakh, tercero ligaduras, cuarto histerectomía subtotal. (19)

Los responsables ante una HPP es el equipo interdisciplinario, incluido el obstetra, el médico ginecoobstetra, anestesiólogo, enfermera y técnico de enfermería, con

apoyo de banco de sangre y la unidad de cuidados intensivos. (24), se encargarán del manejo de una paciente con sangrado abundante durante el puerperio, por tanto, nuestra 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 intramuscular en dosis de 200 Ug. y cuatro tabletas de Misoprostol por vía rectal, coloca una faja puerperal, y, si lo considera necesario, colocar un vendaje en los miembros inferiores, controlando en todo momento la cantidad de sangre que está perdiendo durante todo el procedimiento.(25)

## **CAPÍTULO II**

### **CASO CLÍNICO**

#### **2.1 OBJETIVOS**

##### **OBJETIVO GENERAL**

Conocer el plan de atención clínica con los indicadores de riesgo y las complicaciones de una paciente con hemorragia postparto por atonía uterina, desgarro de pared vaginal y cérvix en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Lima 2023.

##### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar los factores de riesgo asociados a la paciente con hemorragia postparto por desgarro de pared vaginal y desgarro cervical.
- Conocer el plan de atención clínica utilizado en la gestante con hemorragia postparto por desgarro de pared vaginal y desgarro cervical.
- Describir las complicaciones maternas ocasionadas con la hemorragia postparto con desgarro de pared vaginal y cervical

## 2.2

## SUCESOS RELEVANTES

### **CASO CLINICO**

Paciente : AZM

Edad : 20 años

Paridad : G1 P0

FUR : 21.05.22

FPP : 28.02.23

Procedencia : Independencia

Estado Civil : Conviviente

Grado de instrucción : Secundaria

### **Motivo de consulta**

Paciente viene por emergencia refiriendo contracciones uterinas frecuentes, siente movimientos fetales, no pérdida de líquido amniótico y no sangrado vaginal, es examinada por equipo de guardia, encontrándola en trabajo de parto fase activa y pasa a ser hospitalizada en sala de partos.

### **Antecedentes personales patológicos**

Niega convulsiones, enfermedades hepáticas, alergia, varices, intervenciones quirúrgicas, transfusiones, hospitalizaciones, cáncer, COVID, asma.

### **Gineco obstétricos**

Número de controles prenatales : 04 (31 6/7-39 6/7)

IMC : 23.7

Menarquía : 11 años

Régimen catamenial : 4/28-30 días

Último MAC : Preservativo

IRS : 17 años

FRS: 1 vez/semana

PAP : 2021

VAT : 02

### **Obstétricos**

G1 : Gestación actual (planificado)

Ecografías: 28/07/2022.....9 1/7 ss.....39 4/7 ss (a la fecha)

## DESARROLLO DEL CASO CLINICO

**25-02-2023**

**Servicio de emergencia**

**23:20 hrs.**

Control de funciones vitales:

PA: 100/70 mmHg    P : 72 X'    R: 19 x'    T° : 37°

Albúmina (negativo)

Ingresa gestante refiriendo contracciones uterinas cada 5 minutos, no sangrado, no pérdida de líquido amniótico.

Trae exámenes de laboratorio:

Exámenes de laboratorio:

Hemoglobina : **10.97** gr/dL

Hematocrito : 33.3%

Tiempo de coagulación Y tiempo de sangría: 6' 30"; 2'30"

Grupo sanguíneo y factor: A +

Prueba para VIH: NEGATIVO

**Examen de Gineco-Obstetricia**

AU: 32 cm.    MF: ++    FCF: 140 X'    SPP : LCD    DU: 3/10 ++ 30"

Tono uterino: Normal    Ponderado fetal: 3500

Tacto vaginal:

I: 100%    D: 5cm.    M: Integras (abomban)    AP:    C-4

VP: OI DT

Diagnóstico:

1. Gestante de 39 3/7 ss. X eco

2. Trabajo de parto fase activa
3. Anemia leve

Plan:

1. Se hospitaliza a centro obstétrico
2. MMF
3. Evolución espontánea
4. Reevaluación en dos horas
5. VSA

**26-02-2023**

**Centro Obstétrico**

**00:30 hrs.**

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

**Diagnóstico:**

1. Gestante de 39 3/7 ss. X eco
2. Trabajo de parto fase activa
3. Anemia leve

**Plan:**

1. MMF
2. Vía salinizada
3. Evolución espontánea
4. Se indica analgesia de parto
5. Partograma + curva de alerta
6. CECEG

**00:45 hrs.**

Paciente pasa a SOP para analgesia de T de parto y luego es trasladada a UBF.

**Unidad de bienestar fetal**

**01:12 hrs.**

Ingresa gestante a UBF con los diagnósticos señalados, hace unas desaceleraciones hasta 67 X', se recupera rápidamente.

**2:00 hrs**

Paciente pasa a centro obstétrico.

**2:30 hrs.**

Gestante es reevaluada:

CFV: PA: 110/70 mmHg. P: 84 X' R: 20 x' T° : 37°

Tacto vaginal:

I: 100% D: 10 cm. M: Rotas (LAC) AP: C-0

VP: OP

**Diagnóstico:**

1. Gestante de 39 3/7 ss. X eco
2. Trabajo de Parto: Fase expulsivo
3. Anemia leve

Plan:

1. MMF
2. Vía salinizada
3. Evolución espontánea



4. Reevaluación en una hora y/o sensación de pujo
5. Partograma + curva de alerta
6. CECEG

**2:49 hrs.**

Paciente con sensación de pujo, es evaluada:

CFV: PA: 120/75 mmHg. P : 89 X' R: 20 x' T° : 36.9°

Tacto vaginal:

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

VP: OP

**Diagnóstico:**

1. Gestante de 39 3/7 ss. X eco
2. T de Parto: Expulsivo
3. Anemia leve

**Plan:**

1. MMF
2. Vía salinizada
3. Evolución espontánea
4. Pasa a expulsivo
5. CECEG

**Sala de expulsivo**

**2: 52 hrs**

Parto eutócico, RNV mujer, 3470 grs., T : 49.5 cm., PC: 32.5 cm., Capurro : 38 ss., Apgar 8'9'

**2:54 hrs.**

Se realiza alumbramiento dirigido con 10 UI oxitocina, se produce alumbramiento de placenta y anexos ovulares completos.

**2:56 hrs.**

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

**2:57 hrs.**

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

Perdida sanguínea aprox : 300 cc.

**3:30 hrs.**

CFV: PA : 100/60 mmHg P : 76 X' R: 18 x' T° : 36.9°

Puérpera inmediata pasa a puerperio inmediato con vía permeable de Nacl 9/100 + 30 UI oxitocina a 45 gotas por minuto.

Al examen: AREG, LOTEP

Piel y mucosas: Tibias, pálidas e hidratadas

Mamas: Blandas y secretantes con calostro

Abdomen: Blando depresible

Útero: Contraído a 1 cm. Por debajo de la cicatriz umbilical.

Genitales externos: Loquios hemáticas en poca cantidad, desgarro II° afrontada.

**Diagnóstico:**

1. Puérpera inmediata
2. Parto vaginal
3. Anemia leve

**Plan:**

1. Masaje uterino
2. Control de funciones vitales
3. Lactancia materna exclusiva
4. CECEG

**5:20 hrs.**

Puérpera refiere dolor tipo cólico, es evaluada por equipo de guardia y comienza sangrado activo con coágulos, útero hipotónico, se procede a realizar masaje uterino activa, se extrae abundantes coágulos. Se activa la clave roja

**Diagnóstico:**

1. Puérpera inmediata
2. Parto vaginal
3. Anemia leve
4. Hemorragia postparto: atonía uterina

**Plan:**

1. NPO
2. Nacl 9/1000 doble vía : 500 cc. A chorro
3. Nacl 9/1000 + 30 UI oxitocina a 45 gts X'
4. Ergometrina 0.2 mg. IM previa toma de PA
5. Poligelina 200 cc. : 30 gts. X'
6. Masaje uterino bimanual
7. Acido tranexámico 1 gr. EV stat
8. Ss. Hemoglobina, hematocrito, perfil de coagulación, pruebas cruzadas
9. Sonda Foley permanente

10. Control de funciones vitales
11. Lactancia materna exclusiva
12. CECEG

**5:25 hrs.**

CFV: PA : 100/60 mmHg P : 72 X' R: 18 x' T° : 36.9°

Se administra Misoprostol 200 ug. En FSR

Se canaliza doble vía Nacl 9/1000 y se pone a chorro 500 cc. , y la otra vía Nacl 9/100  
+30 UI oxitocina a 45 gts X'

**5:26 hrs.**

Se administra ergometrina 0.2 mg. IM

**5:30 hrs.**

CFV: PA : 111/73 mmHg P : 87 X' R: 22 x' T° : 36.9°

Se administra ácido tranexámico 1 grr. EV. Stat en 100 cc. Nacl 9/1000

Perdida sanguínea: 664 cc.

**5:31 hrs.**

Se toman exámenes de laboratorio

**6:00 hrs.**

Paciente para a expulsivo para revisión instrumentada.

Se administra tramal 50 mg. Subcutáneo, por indicación de MAG, puesto que manifiesta mucho dolor en zona uterina y perineal.

**6:03 hrs.**

Se administra poligelina 500 cc a 30 gts. X'

**6:05 hrs.**

CFV: PA: 115/60 mmHg P : 112 X' R: 22 x' T° : 36.9°

Se coloca sonda Foley con bolsa colectora, MAG indica preparar a paciente pasar a SOP PARA revisión instrumentada bajo anestesia, sangrado vaginal persistente.

**6:19 hrs.**

Paciente pasa a SOP

Llegan exámenes de laboratorio:

Hemoglobina: 9.69 gr/dL

Hematocrito: 30.2%

Prueba cruzada compatible: A+

**Sala de operaciones:**

**06:45 hrs.**

Se procede a revisión instrumentada bajo anestesia.

Diagnóstico preoperatorio:

1. Puérpera vaginal
2. Hemorragia postparto

**Operación realizada**

Evaluación bajo anestesia + sutura de desgarro de pared vaginal+ sutura de desgarro cervical

**Hallazgos:**

Se realiza revisión bajo anestesia, desgarro en canal vaginal edematizado, cervix con desgarro a horas 7 con puntos sangrantes en extremo distal, episiorrafia afrontada sin puntos sangrantes.

Se deja tapón con dos gasas

**Procedimiento**

Se procedió a realizar puntos hemostáticos en pared vaginal con catgut crómico 0.

Diagnóstico postoperatorio

1. Desgarro vaginal alto
2. Hemorragia post parto por atonía uterina

Perdida sanguínea: 150 cc.

**9:45 hrs.**

CFV: PA: 100/60 mmHg P : 80 X' R: 19 x' T° : 37°

Se evalúa puérpera inmediata, no refiere molestias

Al examen: AREG, LOTEP

Piel y mucosas: Tibias, pàlidas e hidratadas

Mamas: Blandas y secretantes con calostro

Abdomen: Blando depresible

Útero: Contraído a 2 cm. Por debajo de la cicatriz umbilical.

Genitales externos: Se extrae tapón vaginal, se palapa sutura en zona perineal.

Balance hídrico:

Total de ingresos: 1630 cc

Total de egresos: 820 cc

**Diagnóstico:**

1. Puérpera inmediata de parto vaginal
2. HPP: atonía uterina resuelto
3. Desgarro cervical resuelto
4. Desgarro de pared vaginal resuelto
5. Anemia leve

**Plan:**

1. Pasa a PISO
2. Vía salinizada
3. CFV cada 4 horas
4. Ketoprofeno 100 mg. EV CADA 8 HRS.
5. Masaje uterino
6. Retiro de sonda Foley
7. LME
8. CECEG

**SALA DE PUERPERIO**

**10:35 hrs.**

Ingres a puérpera proveniente de SOP con diagnóstico y planes establecidos, se prosigue tratamiento, actualmente CFV estables, útero contraído a 2cm debajo de la CU, loquios hemáticos/escasos/smo. Se encuentra sintomática cumpliendo reposo relativo.

**27/02/23**

CFV: PA: 100/70 mmHg. P : 80 X' R: 18x' T° : 33.6°

(S) Paciente refiere dolor en zona pélvica, afebril y niega sangrado abundante.

(O) AREG, AREN, LOTEP

Piel y mucosas: Tibias e hidratadas, llenado capilar adecuado

Mamas: Blandas y secretantes con calostro

Abdomen: Blando depresible

Útero: Contraído a 2 cm. Por debajo de la cicatriz umbilical.

Genitales externos: Sutura afrontada en zona perineal

### **Diagnóstico**

1. Puérpera mediata de parto vaginal
2. HPP: atonía uterina resuelto
3. Desgarro cervical resuelto
4. Desgarro de pared vaginal resuelto
5. Anemia leve

### **Plan**

1. Alta con indicaciones
2. Sulfato ferroso 300 mg. VO cada 12 horas por 30 días
3. Ketoprofeno 100 mg. VO c/12 horas por tres días
4. Clindamicina 300 mg. VO c/ 8hrs por cinco días
5. Cita por consultorio externo en 07 días
6. LME
7. Cualquier signo de alarma venir por emergencia



## 2.3 DISCUSIÓN

- La HPP como una principal causa de muerte materna, debe tomarse muy en cuenta la prevención, vigilancia y tratamiento, pues representa en nuestro país el 41,4 % de estas muertes maternas extrainstitucionales y el 14 % a nivel institucional, siendo las adolescentes una población de riesgo.
- En nuestro caso presentado se muestra una puérpera inmediata con antecedente de anemia, la cual tres horas aproximadamente después del parto presenta dolor intenso y sangrado profuso, por lo cual inmediatamente se activa la clave roja y se controla la atonía, pero al no ceder el sangrado con uterotónicos, misoprostol y metilergonovina se procede a revisión instrumentada bajo anestesia en sala de operaciones donde se obtiene como hallazgos del desgarro de pared vaginal y cervical, lo cual hace que se controle el sangrado y no llegó a una descompensación hemodinámica pues se actuó inmediatamente con todos los protocolos de ley que concuerdan con los protocolos establecidos por guías nacionales e internacionales.
- El manejo activo ante un sangrado en el postparto es determinante en el desenlace del bienestar de la paciente como lo muestra Velez que al igual que nuestro caso clínico muestra una paciente con útero blando y no retraído, taquicardia materna, quien después de colocar doble vía periférica, uterotónicos, misoprostol , soluciones cristaloides prosigue el sangrado, por ello se decide realizar una revisión instrumentada encontrándose un desgarro de pared vaginal, el cual es resuelto; es así como después de utilizar el tratamiento de primera línea y no cede sangrado se debe proseguir con la revisión de cavidad interna.
- Dentro de los factores predisponentes para la hemorragia postparto hay un

porcentaje de pacientes que no cuentan con ellos como lo muestra nuestra paciente concordando con Dutan e Hidalgo, que en su investigación el 56% de pacientes no mostraban estos factores de riesgo.

- Si analizamos las causas que conllevaron a la HPP concordamos con los estudio de Dutan e Hidalgo y Hernández y Núñez quienes muestran en su estudio que la primera causa es la atonía uterina y solo con Dutan e Hidalgo que la segunda causa son los desgarros de la pared vaginal o cérvix, tal como lo presentó nuestra paciente.
- Las complicaciones de esta HPP para nuestro caso clínico fue la anemia, lo cual coincidimos con el estudio presentado por Soto y Aroquipa quienes muestran a un 48.1 % de su población estudio con anemia, asimismo mostraron un 9.6% con desgarros perineales y de cérvix.
- -Dentro de un estudio con un número significativo de pacientes de Tavera donde analizó todos los factores de riesgo predisponentes para la atonía uterina son: la cesárea como vía de parto, ser procedente de la sierra, haber tenido feto macrosómico, polihidramnios y embarazos múltiples lo cual no sucedió en nuestro caso clínico.

## 2.4 CONCLUSIONES

- Los factores de riesgo deben de considerarse para la posibilidad de una hemorragia postparto; por tanto el personal de salud debe estar preparado para esta vigilancia; por tanto para nuestro caso clínico un factor de riesgo identificado fue la anemia al ingreso , después del parto con alumbramiento dirigido no se observó otros factores de riesgo que condiciones el desgarro de pared vaginal con desgarro de cérvix.
- El monitoreo clínico en el puerperio es de vital importancia, pues para nuestro caso clínico dos horas después del parto se identifica en el momento del reforzamiento del masaje uterino dolor a la palpación uterina y sangrado abundante, hipotonía uterina por lo cual se activa la clave roja.
- El manejo terapéutico para nuestro caso clínico la paciente con hemorragia postparto fue en primera línea la reposición de líquidos con doble canalización de vía, seguidamente el uso de uterotónicos como la oxitocina, administración de misoprostol 800 ug. en fondo de saco rectal, metilergonovina 0,2mg intramuscular previa toma de presión arterial; al no ceder sangrado y habiendo controlado la tonicidad muscular se buscó otra causa del sangrado y la revisión instrumentada ayudó a encontrar algún el desgarro vaginal y cervical para su solución inmediata.
- Para nuestro caso clínico se presentó otra complicación que provocó la HPP Y fueron los desgarros de pared vaginal y de cérvix; por tanto, se realizó una revisión instrumentada por el personal médico capacitado para así dar solución al mismo, por ello es importante conocer las características de este sangrado mayormente en capa y continuo, acompañado de mucho dolor en la zona perineal que

normalmente no se debe presentar después de un parto.

- Después de este tipo de intervención como es la revisión instrumentada y reparación de desgarros de pared vaginal o cervicales debe ser con antibióticos profilácticos de manera oral, para evitar infecciones postparto como fue prescrito en el caso de nuestra paciente que presentó esta complicación.

## 2.5 RECOMENDACIONES

- La experticia y análisis exhaustivo de toda gestante que ingresa por emergencia obstétrica es importante para detectar factores de riesgo que puedan conllevar a esta complicación y tener a la mano todo lo previsto para un manejo adecuado de cualquier complicación obstétrica.
- El equipo de salud debe estar debidamente capacitado y actualizado trabajando en equipo, para actuar ante cualquier complicación de manera oportuna, eficaz y eficiente en beneficio de la madre y el recién nacido.
- La vigilancia del puerperio cumpliendo con los protocolos establecidos son de suma importancia en la identificación de las complicaciones para las activaciones de claves según amerite el caso, desde ya contando con todos los medicamentos necesarios para controlar la emergencia.
- La investigación clínica y científica aporta nuevos conocimientos y nuevas innovaciones de tratamientos, donde se busca efectividad y eficiencia de aplicabilidad ante una emergencia obstétrica como la hemorragia postparto.
- La capacidad resolutoria del establecimiento de salud es de vital importancia para lograr que la paciente que ha sufrido de hemorragia postparto llegue a compensarse hemodinámica mente, a través de sustancias coloides o un banco de sangre disponible para evitar mayores complicaciones.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bajaan N, Orellana K. Factores de riesgo asociado a la hemorragia post parto. FIPCAEC [Internet]. 2022 [citado 12 de agosto de 2023]; 7(4):1644-55. Disponible en: <https://fipcaec.com/index.php/fipcaec/article/view/701> .
2. World Health Organization. (2023). *A roadmap to combat postpartum haemorrhage between 2023 and 2030*. Recuperado de <https://www.who.int>
3. American Academy of Family Physicians. (2023). *Management of Postpartum Hemorrhage: Recommendations From FIGO*. Recuperado de <https://www.aafp.org>
4. Instituto Nacional de Salud. (2024). Boletín epidemiológico 2024. Recuperado de <inmp.gob.pe>
5. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2024). Cero Muertes Maternas por Hemorragia. Recuperado de <paho.org>
6. Cefic Peru. (2024). La Alarmante Mortalidad en el Perú - Julio 2024. Recuperado de <ceficperu.org>
7. Távara A, Núñez M, Tresierra MÁ, Távara A, Núñez M, Tresierra MÁ. Factors associated with uterine atony. Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. abril de 2022 [citado 9 de enero de 2024];68(2). Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2304-51322022000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2304-51322022000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=en).
8. 2. Salud ESM de. Guía de práctica clínica para el uso de uterotónicos en la prevención de la hemorragia posparto. Versión Completa. 2020;83-83.
9. 3. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Practice Bulletin No. 183: Postpartum Hemorrhage. Obstet Gynecol. octubre de 2017;130(4):e168-86.
10. ACOG. Postpartum hemorrhage [Internet]. [citado 15 de enero de 2024]. Disponible en:<https://www.cuidamosdelamujer.es/es/profesionales/docencia->

[investigacion/revison-6-noviembre-2017.ficheros/759010-  
ACOG%20Postpartum%20hemorrhage%20PDF.pdf](https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/08.pdf)

11. Ministerio de Salud. Boletín epidemiológico del Perú [Internet]. 2023 [citado 17 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/08.pdf>.
12. Williams. McGraw Hill Medical. [citado 14 de enero de 2024]. Hemorragia obstétrica. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?sectionid=229289027&bookid=2739>.
13. Gaona-Ramírez MI, Martínez-Andrade MÁ, Whelan JT, Gaona-Ramírez MI, Martínez-Andrade MÁ, Whelan JT. Identificación oportuna del sangrado anormal postparto: método gravimétrico para cuantificar sangrado. Proyecto de mejora. Rev Mex Anesthesiol. marzo de 2022;45(1):23-9.
14. 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.
15. Velez Espin K. Caso clínico : "Conducta Obstétrica en primigesta de 20 años de edad en puerperio fisiológico ante hemorragia postparto". Ecuador de 2021 [citado 15 de enero de 2024]; Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/10498/E-UTB-FCS-OBST-000296.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Dutan Flores Andrea, Hidalgo Ordoñez, Astrid. Factores de riesgo asociados al desarrollo de hemorragia postparto en pacientes entre 15 a 45 años. Universidad de Guayaquil-Ecuador de 2020 [citado 15 de enero de 2024]; Disponible en:

<https://repositorio.ug.edu.ec/server/api/core/bitstreams/6a4899fc-6a26-453f-876b-735656a49f60/content>.

17. Rodríguez CH, Burbano MJN. Caracterización de las Pacientes con Hemorragia Posparto en el Centro Policlínico del Olaya entre 2015 - 2020.
18. SotoSilva Susi, Aroquipa Flores Yanet. HEMORRAGIA POSPARTO EN PUERPERAS DE PARTO VAGINAL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE PICHANAKI JUNIN 2020 [Internet]. 2022 [citado 15 de enero de 2024]. Disponible en: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/6d33d658-b277-4293-a8e6-2c0014dd357e/content>.
19. Bujaico MME. Factores asociados a hemorragia posparto en una gestante de un hospital de nivel III-1 de atención. Trabajo académico. Universidad José Carlos Mariategui. 2022.
20. 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..
21. Astudillo Córdova MC, Landín Ramírez TM, Vélez Vera AJ, Villavicencio Briones WV. Causas de hemorragia posparto. *RECIMUNDO*. 2021;5(1):191-206.
22. Chaves SV, Jeremías MD. Hemorragia posparto. *Rev Medica Sinerg*. 22 de noviembre de 2020;5(11):e603-e603.
23. Díaz Jiménez MM, Ferreiro Hernández LB, Esteban Soto JA. Predictores de atonía uterina. *Rev Inf Científica*. 2016;95(3):425-36.
24. Watkins EJ, Stem K. Postpartum hemorrhage-revisión. *JAAPA Off J Am Acad Physician Assist*. abril de 2020;33(4):29-33.
25. Santos Peña H, Pichardo Ramirez S. Complicaciones clínico-maternas inmediatas



asociadas a hemorragia posparto en el hospital de la mujer dominicana y hospital docente universitario nuestra señora de la altagracia, julio-diciembre, 2021. Univ Nac Pedro Henriquez Ureña-Republica Dominic. 2021.

26. Manejo estandarizado de las emergencias obstétricas y neonatales .2010.[citado 17 de enero de 2024]. Disponible en: [https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1138\\_DGSP275-1.pdf](https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1138_DGSP275-1.pdf)
27. World Health Organization. (2023). *A roadmap to combat postpartum haemorrhage between 2023 and 2030*. Recuperado de <https://www.who.int>
28. American Academy of Family Physicians. (2023). *Management of Postpartum Hemorrhage: Recommendations From FIGO*. Recuperado de <https://www.aafp.org>
29. Instituto Nacional de Salud. (2024). Boletín epidemiológico 2024. Recuperado de [inmp.gob.pe](http://inmp.gob.pe)
30. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2024). Cero Muertes Maternas por Hemorragia. Recuperado de [paho.org](http://paho.org)
31. Cefic Peru. (2024). La Alarmante Mortalidad en el Perú - Julio 2024. Recuperado de [ceficperu.org](http://ceficperu.org)