

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO DE ESPECIALIDADES MEDICAS



Informe de investigación:

**EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO POR ATONÍA
UTERINA**

Investigación realizada en Hospital Materno Infantil 1° de mayo.

Autores

Sofía Adriana Urrutia Romero

Para optar al Título de Especialista en:

Ginecología Y Obstetricia

Asesor metodológico

Dr. Manuel Ernesto Salinas Mejía

Ciudad Universitaria "Dr. Fabio Castillo Figueroa", El Salvador, Noviembre, 2025

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD

RECTOR

M.Sc. Juan Rosa Quintanilla

VICERRECTORA ACADÉMICA

Dra. Evelyn Beatriz Farfán

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

M.Sc. Roger Arias

SECRETARIO GENERAL

Lic. Pedro Rosalío Escobar Castaneda

AUTORIDADES DE LA FACULTAD**DECANO**

Dr. Saúl Díaz Peña

VICEDECANO

Dr. C. Franklín Arnulfo Méndez Durán

SECRETARIO

Dr. C. Roberto Carlos Hernández Marroquín

DIRECTOR DE ESCUELA DE MEDICINA

Dr. Giovanni Alexander Polanco García

DIRECTORA DE ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

M.SC. Mónica Raquel Ventura de Ramos

DIRECTOR DE ESCUELA DE POSTGRADO

Dr. Edwar Alexander Herrera Rodríguez

COORDINADORA DE LOS PROGRAMAS DE MAESTRÍAS

Dra. Blanca Aracely Martínez

COORDINADORA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Dra. Claudia Margarita de Blanco

INDICE

Contenido

INDICE	4
RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	6
MATERIALES Y MÉTODOS.....	7
RESULTADOS.....	8-20
DISCUSION	21-23
REFERENCIAS	24-25

RESUMEN

La hemorragia postparto (HPP) por atonía uterina representa una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna a nivel mundial. Esta investigación, de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal, se realizó en el Hospital Materno Infantil 1° de Mayo durante el período comprendido entre enero de 2023 y enero de 2025, con una muestra de 169 pacientes que presentaron HPP secundaria a atonía uterina.

Se recolectaron datos sociodemográficos, clínicos y obstétricos a partir de los expedientes médicos de las pacientes. La mayoría de los casos se presentó en mujeres entre 26 y 35 años, multíparas y secundigestas, predominando el parto por cesárea (74%). La condición médica más común fue la pre eclampsia (34%), seguida de la diabetes gestacional (18%). Un 19% de las pacientes no tenía factores de riesgo evidentes.

Clínicamente, el 100% de los casos ocurrieron en el postparto inmediato, con un 60% de pacientes presentando pérdidas hemáticas superiores a 2,000 ml, y un 63% con hipotensión severa, datos que sugieren choque hipovolémico grado IV. El 68% presentó índice de choque sistólico >0.7 , y el 42% acidosis metabólica, evidenciando hipoperfusión tisular. El 62% de las pacientes desarrolló anemia post HPP y un 8% presentó falla renal aguda.

El tratamiento se basó en protocolos establecidos. La oxitocina en macrodosis fue efectiva en el 45% de los casos, seguida de metilergonovina (34%) y misoprostol (21%). El ácido tranexámico se utilizó en el 79% de los casos. En cuanto al manejo quirúrgico, el 22% requirió suturas compresivas, el 7% uso de balón Bakri y el 9% histerectomía.

Todas las pacientes ingresaron en la Unidad de Cuidados Especiales (UCE) bajo protocolo de código rojo, sin necesidad de ingreso a UCI. La mayoría requirió más de 3 días de hospitalización, lo que refleja la gravedad del evento y la efectividad del manejo hospitalario oportuno.

INTRODUCCION

La hemorragia postparto (HPP) por atonía uterina es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna en todo el mundo, especialmente en países en vías de desarrollo. Se estima que la atonía uterina es responsable del 70 al 80 % de los casos de HPP (1).

Para poder hablar de las causas y fisiopatología de la hemorragia post parto se vuelve importante mencionar que existen factores de riesgo de HPP no modificables entre estos la HPP previa 2.3-10.5%, feto>4000gr, 1.7-1.9%, anomalías uterinas 2-2.7% anemia materna y/o hemoglobina <9g/dl 4.1%, trastornos hipertensivos 1.6-3.6%, Diabetes gestacional 1.6%, inducción de trabajo de parto 1.5-1.7%, parto por cesárea 1.4-5.7%. Además de factores sociodemográficos como IMC >35kg/m², edad materna >35años, fumar, descendencia africana (2)

El manejo de la HPP por atonía uterina ha evolucionado significativamente en los últimos años, incorporando tanto enfoques farmacológicos como quirúrgicos. Los uterotónicos, como la oxitocina, continúan siendo la primera línea de tratamiento debido a su eficacia y seguridad. Sin embargo, en casos donde el tratamiento farmacológico es insuficiente, se han desarrollado técnicas quirúrgicas conservadoras, como la sutura hemostática de B-Lynch, que han demostrado ser efectivas para controlar el sangrado y preservar la función uterina (2) (3).

La identificación temprana de factores de riesgo, como la multiparidad, la macrosomía fetal y el uso de oxitocina, es crucial para la prevención y manejo adecuado de la HPP por atonía uterina. (4). La evolución clínica de la HPP por atonía uterina ha sido marcada por avances significativos en su manejo, desde la identificación temprana de factores de riesgo hasta la implementación de tratamientos farmacológicos y quirúrgicos efectivos. Ante esta causa de morbimortalidad que se presenta en los hospitales de atención materna plantea este trabajo a realizarse en El Hospital 1° de Mayo de enero 2023 a enero 2025.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal sobre la evolución clínica de la hemorragia postparto por atonía uterina, investigación realizada en Hospital Materno Infantil 1° de mayo, en el periodo de enero 2023 a enero 2025.

El instrumento utilizado para la medición de los datos fue una ficha de recolección de datos en Excel, de la cual se extrajo información de la historia clínica y del expediente de las pacientes que tuvieron su parto vaginal o por cesárea enero 2023-enero 2025 y que presentaron HPP por tono, así como bases de datos de emergencia de documentación por morbilidad obstétrica, previa autorización del comité de ética y autoridades de dicho centro hospitalario.

Este trabajo es descriptivo debido a que solo se realizará una revisión de expedientes, no habrá intervención, ya que no se busca evaluar una relación causa efecto, sino que los datos serán utilizados con finalidades puramente descriptivas.

Se buscó en los expedientes datos sociodemográficos, educativos, obstétricos, y clínicos de las pacientes incluidas en este documento. En total se revisaron 169 expedientes, siendo estos la muestra con un intervalo de confianza del 95%. Esta base de datos se procesó en Microsoft Excel, utilizando estadísticas descriptivas, retrospectivas y transversales, representadas en porcentajes y tablas, correspondientes a variables como edad, estado civil, nivel educativo, antecedentes médicos, signos clínicos de hemorragia post parto por atonía uterina, manejo de dicha condición y evolución clínica.

RESULTADOS

La presente investigación fue realizada en el Hospital Materno Infantil Primero de Mayo en el periodo de enero de 2023 a enero 2025, la muestra fue de 169 pacientes (N=169).

A continuación, se describen los resultados obtenidos de las variables propuestas en el estudio.

Tabla 1. Edad de las usuarias.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15 - 20	0	0%
21 - 25	14	8%
26 - 30	77	46%
31 - 35	42	25%
36 - 40	36	21%
>40	0	0%
TOTAL	169	100%

Fuente: Elaboración propia obtenido de los expedientes clínicos N=169

En referencia a esta edad el porcentaje más alto se presenta en pacientes de 26-30 años con un 46%, seguida de la edad de 31 a 35 años. Se reporta 0% en rango de edad 15 a 20 y mayores de 40 años.

Tabla 2. Estado civil.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERA	55	33%
CASADA	37	22%
UNION LIBRE	77	46%
SEPARADA	0	0%
TOTAL	169	100%

Fuente: Elaboración propia obtenido de los expedientes clínicos N=169

El estado civil de las pacientes mayormente fue unión libre. Seguido de solteras, y por último lugar casadas con un 22%. No se encontraron pacientes separadas.

Tabla 3. Nivel educativo.

NIVEL EDUCATIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA	18	11%
SECUNDARIA	56	33%
TECNICA	37	22%
UNIVERSITARIA	58	34%
TOTAL	169	100%

Fuente: Elaboración propia obtenido de los expedientes clínicos N=169

En este caso el 34% de las pacientes poseen estudios universitarios, casi se iguala con las que tienen estudios de secundaria y solo un 11% presenta primaria como mayor grado académico.

Tabla 4. Ocupación de las usuarias.

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESTUDIANTE	0	0%
AMA DE CASA	78	46%
EMPLEADA	91	54%
OTRA	0	0%
TOTAL	169	100%

Fuente: Elaboración propia obtenido de los expedientes clínicos N=169

La ocupación más frecuente es la de ama de empleada con un 54% de frecuencia, seguido de ama de casa, no se reportaron estudiantes.

Tabla 5. Zona de ubicación geográfica.

ZONA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
URBANA	109	64%
RURAL	60	36%
TOTAL	169	100%

Fuente: Elaboración propia obtenido de los expedientes clínicos N=169

La zona urbana fue la predominante con un 64% de frecuencia, y la zona rural un 36%, significativamente menos presente en esta población de pacientes.

Tabla 6. Calidad del asegurado.

SEGURO DE SALUD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COTIZANTE	89	53%
BENEFICIARIO	80	47%
TOTAL	169	100%

Fuente: Elaboración propia obtenido de los expedientes clínicos N=169

Las pacientes Cotizantes fueron las que más presentaron esta condición con un 53% de frecuencia, sin tanto rango de diferencia las beneficiarias se presentaron en un 47% en este estudio.

Tabla 7. Gestaciones totales presentadas.

N° DE GESTACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	60	36%
2	76	45%
3	20	12%
4	13	8%
TOTAL	169	100%

Fuente: Elaboración propia obtenido de los expedientes clínicos N=169

En este caso las pacientes con más frecuencia fueron secundigestas con un 45%, seguida de las primigestas con un 36%, el menos frecuente un 12 y 8 % en tres y cuatro embarazos respectivamente.

Tabla 8. Partos presentados.

TIPO DE PACIENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMIPARA	61	36%
MULTIPARA	108	64%
TOTAL	169	100%

Fuente: Elaboración propia obtenido de los expedientes clínicos N=169

Las mujeres multíparas fueron las que presentaron más casos de HPP por atonía uterina con un 64%, seguida de las primíparas con un 36%. Evidenciando que a mayor número de partos el riesgo de HPP por atonía uterina se ve aumentado.

Tabla 9. Abortos previos.

Nº ABORTOS PREVIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	139	82%
1	14	8%
2	16	9%
TOTAL	169	100%

Fuente: Elaboración propia obtenido de los expedientes clínicos N=169

El 82% de pacientes no tenían abortos previos, quedaron con porcentaje de 8 y 9% las que habían presentado uno y dos abortos previos respectivamente. Por lo que no se refleja una proporción significativa en la presentación de aborto con HPP.

Tabla 10. Vía de evacuación.

TIPO DE PARTO ACTUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
VAGINAL	44	26%
CESAREA	125	74%
TOTAL	169	100%

Fuente: Elaboración propia obtenido de los expedientes clínicos N=169

La mayor parte de pacientes presentaron parto por cesárea con un 74% de frecuencia, el parto vaginal se presentó en un 26%.

Tabla 11. Edad gestacional al parto.

EDAD GESTACIONAL AL PARTO (EN SEMANAS)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
26 - 30	1	1%
31 - 35	18	11%
36 - 40	149	88%
41 - 42	1	1%
TOTAL	169	100%

Fuente: Elaboración propia obtenido de los expedientes clínicos N=169

El mayor porcentaje de pacientes presentaron edad gestacional entre 36 a 40 semanas de gestación con un 88% quedan con 1% los extremos entre 26 a 30 semanas y de 41 a 42 semanas de gestación.

Tabla 12. Complicaciones ante parto presentadas.

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO ACTUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PREECLAMPSIA	57	34%
DIABETES GESTACIONAL	31	18%
INFECCION URINARIA	6	4%
RPM	36	21%
HEMORRAGIA ANTEPARTO	0	0%
FIBROMATOSIS UTERINA	6	4%
INCOMPETENCIA CERVICAL	1	1%
OTRAS	0	0%
NINGUNA	32	19%
TOTAL	169	100%

Fuente: Elaboración propia obtenido de los expedientes clínicos N=169

La pre eclampsia fue la condición presentada más frecuente en estas pacientes con un 34%, la diabetes gestacional se presentó en un 18%. Ninguna de estas pacientes

había presentado hemorragia post parto en partos previos, y un 19% no presentaba ningún factor de riesgo para hemorragia post parto.

Tabla 13. Estimación de la perdida sanguínea total.

ESTIMACION DE PERDIDA SANGUINEA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1000 - 1500 ml	0	0%
1500 - 2000 ml	68	40%
> 2000 ml	101	60%
TOTAL	169	100%

Fuente: Elaboración propia obtenido de los expedientes clínicos N=169

En este caso el 60% de las pacientes presentó pérdida de más de 2,000ml de sangre, un 40% entre 1500 a 2000ml y no se presentó casos de menos de 1500 ml de sangrado en HPP. En esto se evidencia que el choque hipovolémico grado IV es el más frecuente en HPP en este estudio.

Tabla 14. Presión arterial inicial presentada.

PRESION ARTERIAL INICIAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<90 / <60	106	63%
>90 / >60	42	25%
<90 / > 60	3	2%
>90 / < 60	18	11%
TOTAL	169	100%

Fuente: Elaboración propia obtenido de los expedientes clínicos N=169

Las pacientes presentaron presiones arteriales <90/<60mmHg en un 63% de los casos. Un 25% presentó presiones >90/>60mmHg. Solo un 2% presentó presiones <90/>60mmHg. Lo que sugiere que el mayor porcentaje de pacientes que presentan HPP también presenta choque hipovolémico evidenciado clínicamente.

Tabla 15. Frecuencia cardiaca inicial presentada.

FRECUENCIA CARDIACA (lat/min)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<70	0	0%
70 - 90	53	31%
91 - 100	13	8%
101 - 110	16	9%
>110	87	51%
TOTAL	169	100%

Fuente: Elaboración propia obtenido de los expedientes clínicos N=169

El 51% de las pacientes presentó frecuencia mayor de 110 latidos por minuto, a diferencia del 31% que presentaron frecuencias cardiacas menores de 90 latidos por minuto. Lo cual evidencia el mecanismo fisiológico de compensación en un evento por HPP.

Tabla 16. Frecuencia respiratoria inicial presentada.

FRECUENCIA RESPIRATORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<12 (resp/min)	0	0%
12 - 20 (resp/min)	136	80%
>20 (resp/min)	33	20%
TOTAL	169	100%

Fuente: Elaboración propia obtenido de los expedientes clínicos N=169

El 80% de las pacientes incluidas en este estudio presentó frecuencias respiratorias entre 12 a 20 por minuto, solo un 20% presentó más de 20 respiraciones por minuto. Evidenciando así que la compensación respiratoria es de los parámetros que no se modifican de primera intención en este tipo de pacientes.

Tabla 17. Saturación de oxígeno inicial presentada.

SATURACION DE O2 (%)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<90	0	0%
91 - 95	3	2%
>95	166	98%
TOTAL	169	100%

Fuente: Elaboración propia obtenido de los expedientes clínicos N=169

El 98% de las pacientes presentaron saturación de oxígeno mayor de 95%, sólo un 2% presentó saturaciones entre 91 a 95% y no se presentaron pacientes con saturación menor de 90%.

Tabla 18. Temperatura inicial presentada.

TEMPERATURA (En °C)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<36°	0	0%
36.1° - 36.5°	130	77%
36.6° - 37°	38	22%
>37°	1	1%
TOTAL	169	100%

Fuente: Elaboración propia obtenido de los expedientes clínicos N=169

Un 77% de pacientes presentó temperaturas entre 36.1 y 36.5°C, solo un 1% presentó temperatura mayor a 37°C y no hubo pacientes con temperaturas menores de 36°C.

Tabla 19. Índice de choque sistólico presentado.

INDICE DE CHOQUE SISTOLICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<0.7	54	32%
>0.7	115	68%
TOTAL	169	100%

Fuente: Elaboración propia obtenido de los expedientes clínicos N=169

En este caso 68% de las pacientes presentaron índice de choque sistólico mayor a 0.7, y solo un 32% obtuvo un índice de choque sistólico menor a 0.7. lo que traduce que la mayoría de pacientes presentó hipoperfusión o shock establecido, así como pérdida significativa de volumen sanguíneo.

Tabla 20. Gasometría inicial (pH).

GASOMETRIA INICIAL (Ph)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<7.35	71	42%
7.35 - 7.45	96	57%
>7.45	2	1%
TOTAL	169	100%

Fuente: Elaboración propia obtenido de los expedientes clínicos N=169

Un 57% de las pacientes presento gasometría arterial entre 7.35 a 7.45, y un 42% menor a 7.35, sugestivo de una acidosis compensatoria al proceso de la HPP. Sólo un 1% presentó Ph arterial mayor a 7.45.

Tabla 20.1. Gasometría inicial (HCO₃).

GASOMETRIA INICIAL (HCO₃)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<18	24	14%
18 - 21	121	72%
>21	24	14%
TOTAL	169	100%

Fuente: Elaboración propia obtenido de los expedientes clínicos N=169

Dentro de este parámetro un 72% presentó HCO₃ arterial de 18 a 21mEq/L, a diferencia de un HCO₃ menor a 18mEq/L en un 14%, lo que ayuda a complementar el diagnostico metabólico ante la presencia de HPP.

Tabla 20.2 Gasometría inicial (Lactato).

GASOMETRIA INICIAL (LACTATO)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<0.5	1	1%
0.5 - 2	112	66%
>2	56	33%
TOTAL	169	100%

Fuente: Elaboración propia obtenido de los expedientes clínicos N=169

Un valor menor de 2mmol/L se presentó en el 67% de las pacientes, y en contraste un 33% presentaron valores de lactato mayores de 2mmol/L, sugestivo de hipoperfusión tisular o metabolismo anaerobio.

Tabla 21. Hemoglobina de activación de código rojo.

HEMOGLOBINA DE ACTIVACIÓN CODIGO ROJO (EN g/dL)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<9	17	10%
9.1 - 10.5	48	28%
>10.5	104	62%
TOTAL	169	100%

Fuente: Elaboración propia obtenido de los expedientes clínicos N=169

Un 38% de pacientes presentaron hemoglobina menor a 10.5gr/dl que es el corte para diagnóstico de anemia post parto. Un 62% de las pacientes incluidas en este estudio reportaron anemia posterior a presentar HPP.

Tabla 21.1 Hematocrito reportado en hemograma inicial.

HEMATOCRITO (En%)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<30	60	36%
30 - 40	108	64%
>40	1	1%
TOTAL	169	100%

Fuente: Elaboración propia obtenido de los expedientes clínicos N=169

Un 36% de pacientes presentaron un hematocrito inicial en HPP menor a 30%, equiparable con la hemoglobina presentada anteriormente donde las pacientes con anemia por hemorragia post parto fue de un 38%.

Tabla 22. Manejo medico inicial.

MANEJO MEDICO INICIAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
OXITOCINA	76	45%
OXITOCINA +METILERGONOVINA	58	34%
OXITOCINA + METILERGONOVINA + MISOPROSTOL	35	21%
TOTAL	169	100%

Fuente: Elaboración propia obtenido de los expedientes clínicos N=169

Un 45% de pacientes resolvió la atonía uterina con macrodosis (40U IV) de oxitocina, seguido de un 34% de pacientes que resolvió con la administración consecutiva de metilergonovina (0.2mg IV), y solo a un 21% de pacientes se le administró misoprostol como manejo medico consecutivo a los dos anteriores con el cual resolvió la HPP.

Tabla 22.1. Uso de Ácido tranexámico.

USO DE ACIDO TRANEXAMICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ACIDO TRANEXAMICO	134	79%
NO USO DE ACIDO TRANEXAMICO	35	21%
TOTAL	169	100%

Fuente: Elaboración propia obtenido de los expedientes clínicos N=169

El ácido tranexámico utilizado como agente antifibrinolítico, no se ubica en una posición específica en el protocolo para manejo de la hemorragia post parto y puede usarse a criterio médico, en este caso se administró a un 79% de pacientes que presentó HPP.

Tabla 23. Manejo quirúrgico implementado.

MANEJO QUIRURGICO (EN CASO APLIQUE)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SUTURAS COMPRESIVAS UTERINAS	38	22%
HISTERECTOMIA	16	9%
BALON BAKRI	11	7%
NINGUNO	104	62%
TOTAL	169	100%

Fuente: Elaboración propia obtenido de los expedientes clínicos N=169

En este caso el 22% de pacientes resolvió el evento de HPP con suturas compresivas uterinas, en el 7% se colocó balón Bakri y en un 9% se tuvo que realizar histerectomía para resolución de dicho evento.

Tabla 24. Estado general posterior al manejo inicial.

ESTADO GENERAL POST MANEJO INICIAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CHOQUE HIPOVOLEMICO	92	54%
ESTABLE	77	46%
TOTAL	169	100%

Fuente: Elaboración propia obtenido de los expedientes clínicos N=169

Un 54% de las pacientes incluidas en este estudio presentó choque hipovolémico, mientras que un 46% se reportó en condición estable ante la hemorragia post parto. Evidenciando la morbilidad presentada por dicho evento.

Tabla 25. Complicaciones durante evolución.

COMPLICACIONES DURANTE EVOLUCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FALLA RENAL AGUDA	13	8%
NO DOCUMENTADAS	156	92%
TOTAL	169	100%

Fuente: Elaboración propia obtenido de los expedientes clínicos N=169

De las pacientes incluidas en este estudio un 8% presentó falla renal aguda, y no se documentaron otro tipo de complicaciones relacionadas al evento de hemorragia post parto. Evidenciando el daño a órgano diana en caso de presentar un evento de esta dimensión.

Tabla 26. Días de hospitalización.

DIAS DE HOSPITALIZACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
2	5	3%
3	103	61%
4	44	26%
5	17	10%
TOTAL	169	100%

Fuente: Elaboración propia obtenido de los expedientes clínicos N=169

El 61% de pacientes tuvo una recuperación posterior a de 3 días de hospitalización, y sólo un 10% necesito de 5 días para una recuperación posterior a dicho evento.

DISCUSIÓN

La hemorragia postparto (HPP) continúa siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna a nivel mundial, siendo la atonía uterina su causa más frecuente. Esta investigación, realizada en el Hospital Materno Infantil 1° de Mayo durante el periodo comprendido entre enero de 2023 y enero de 2025, analizó la evolución clínica de 169 pacientes con diagnóstico de HPP secundaria a atonía uterina, con el objetivo de identificar factores predisponentes, manifestaciones clínicas, abordaje terapéutico y desenlaces clínicos.

Desde el punto de vista demográfico, la mayoría de las pacientes se ubicaron en el grupo etario de 26 a 30 años (46%), seguido del grupo de 31 a 35 años. Este resultado es congruente con la edad reproductiva activa, donde se concentra el mayor número de embarazos, y coincide con la literatura que señala esta franja de edad como la de mayor incidencia de eventos obstétricos (5). Cabe destacar que no se registraron casos en pacientes menores de 20 ni mayores de 40 años, lo que indica una baja prevalencia de HPP por atonía en extremos etarios dentro de esta muestra.

Respecto a la paridad, las pacientes multíparas representaron el 64% de los casos, lo que refuerza la evidencia de que la distensión uterina repetida en partos previos puede contribuir a una respuesta uterina ineficaz en el alumbramiento, favoreciendo la atonía. Asimismo, las secundigestas fueron el grupo más común (45%), lo cual es consistente con otros estudios que sugieren un riesgo creciente de HPP con el número de gestaciones, aunque también se registró una proporción significativa de primigestas (36%) (6).

El modo de parto tuvo una influencia notable: el 74% de las pacientes tuvo parto por cesárea, lo que podría estar relacionado con indicaciones obstétricas que predisponen a la atonía, como trabajos de parto prolongados, partos instrumentados o uso excesivo de uterotónicos. La cesárea, por sí sola, es un factor de riesgo reconocido para HPP, dado el mayor grado de manipulación uterina y el potencial para alteraciones en la contractilidad miometrial postoperatoria (7).

En relación con las comorbilidades, la pre eclampsia fue el trastorno más frecuente (34%), seguida de la diabetes gestacional (18%), ambas condiciones reconocidas como factores de riesgo para atonía uterina y sangrado postparto (8). Es relevante destacar que el 19% de las pacientes no presentaban factores de riesgo identificables, lo que evidencia la posibilidad de aparición de HPP incluso en embarazos considerados de bajo riesgo.

Clínicamente, la mayoría de las pacientes presentaron signos de choque hipovolémico al momento del evento hemorrágico. El 60% tuvo pérdidas sanguíneas superiores a 2,000 ml, y un 63% presentó hipotensión severa ($<90/60$ mmHg), datos compatibles con un choque hipovolémico grado IV, según las clasificaciones clínicas (9). La taquicardia (FC >110 lpm en el 51%) y un índice de choque sistólico >0.7 en el 68% de las pacientes refuerzan la presencia de hipoperfusión sistémica, lo que también se evidenció en los estudios de laboratorio.

Desde el punto de vista gasométrico y bioquímico, el 42% de las pacientes presentaron acidosis metabólica (pH <7.35), el 33% mostró niveles de lactato elevados (>2 mmol/L) y un 72% tuvo HCO_3 disminuido, todos signos claros de un metabolismo anaerobio secundario a hipoxia tisular. Estos hallazgos destacan la importancia de una intervención médica rápida y efectiva, ya que los efectos sistémicos de la HPP pueden comprometer órganos vitales, como lo demuestra el 8% de casos con falla renal aguda (10).

El manejo terapéutico fue escalonado y acorde a los protocolos establecidos. La oxitocina en macrodosis (40 U IV) fue efectiva en el 45% de los casos, seguida por metilergonovina (34%) y misoprostol (21%), reflejando una adecuada adherencia al manejo médico inicial. La utilización del ácido tranexámico en el 79% de los casos, evidencia una práctica clínica moderna alineada con estudios como el ensayo WOMAN, que respalda su uso temprano en HPP (11).

Las intervenciones quirúrgicas conservadoras, como las suturas compresivas uterinas (22%) y el uso del balón Bakri (7%), permitieron resolver casos refractarios, aunque en un 9% fue necesario recurrir a histerectomía, lo que conlleva consecuencias importantes a nivel físico y emocional para las pacientes (12).

Un dato especialmente positivo del estudio fue que el 100% de las pacientes tuvo una recuperación completa, sin necesidad de ingreso a UCI ni mortalidades reportadas. Todas fueron manejadas inicialmente en la Unidad de Cuidados Especiales (UCE) bajo protocolo de código rojo, lo que pone de manifiesto la eficacia del sistema institucional de respuesta rápida. La mayoría de las pacientes (61%) requirió más de 3 días de hospitalización, lo que refleja la severidad del evento y la necesidad de un seguimiento clínico cuidadoso.

Los resultados de este estudio demuestran que la atención oportuna, el uso adecuado de protocolos institucionales como el de Código Rojo y la disponibilidad de personal capacitado permiten un manejo exitoso de la hemorragia postparto por atonía uterina, incluso en situaciones clínicas complejas. Así mismo, se resalta la importancia de fortalecer y replicar estos modelos de atención en todos los centros de salud, contribuyendo activamente a mejorar la calidad de la atención materna y reducir la morbilidad obstétrica en el país.

REFERENCIAS

1. FIGO. La atonía uterina y los uterotónicos en la hemorragia posparto [Internet]. [citado 9 jun 2025]. Disponible en: <https://www.figo.org/es/resources/figo-statements/uterine-atonny-and-uterotonics-postpartum-haemorrhage>
2. Guevara J del PM, Solorzano MEB. Prevención de la hemorragia posparto por cesárea con ácido tranexámico. Revisión bibliográfica. *Medicencias UTA*. 2023 abr 1;7(2):17–26.
3. Fecolsog. Efectividad del taponamiento uterino para el manejo de la hemorragia post parto [Internet]. [citado 11 may 2025]. Disponible en: <https://www.fecolsog.org/articulos-noticias/efectividad-del-taponamiento-uterino-para-el-manejo-de-la-hemorragia-post-parto/>
4. Martínez JPR, Vera CJS. Atonía uterina: complicaciones que desencadenan una histerectomía posparto en el “HTD”, enero 2019–septiembre 2024. *Cienc Lat Rev Científica Multidiscip*. 2025 feb 15;9(1):3710–25.
5. Cárdenas JEG, Sobrevilla-Tinajero MÁ, González-Pérez B, Ortiz RMV, Tapia AT, Beltrán ER, et al. Control de la hemorragia obstétrica secundaria a atonía uterina mediante doble técnica quirúrgica. *South Fla J Dev*. 2022 oct 19;3(5):6351–64.
6. Nigussie J, Girma B, Molla A, Tamir T, Tilahun R. Magnitude of postpartum hemorrhage and its associated factors in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Health*. 2022 mar 9;19:63. doi:10.1186/s12978-022-01360-7 [pmc.ncbi.nlm.nih.gov+6reproductive-health-journal.biomedcentral.com+6europepmc.org+6](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36111111/)
7. Shevell T, Malone FD. Management of obstetric hemorrhage. *Semin Perinatol*. 2003 feb;27(1):86–104.

8. Fiocruz. Hemorragia posparto [Internet]. [citado 4 jul 2025]. Disponible en: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/09/Hemorragia-Postparto-17OCTUBRE.pdf>
9. Castiblanco Montañez RA, Coronado Veloza CM, Morales Ballesteros LV, Polo González TV, Saavedra Leyva AJ. Hemorragia postparto: intervenciones y tratamiento del profesional de enfermería para prevenir shock hipovolémico. Rev Cuid [Internet]. 2022 abr;13(1). [citado 12 may 2025]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2216-09732022000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=es
10. Postpartum hemorrhage: overview, etiology, diagnosis [Internet]. 2025 ene 23 [citado 12 may 2025]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/275038-overview?form=fpf>
11. WOMAN Trial Collaborators. Effect of early tranexamic acid administration on mortality, hysterectomy, and other morbidities in women with post-partum haemorrhage (WOMAN): an international randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet. 2017 may 27;389(10084):2105–16. doi:10.1016/S0140-6736(17)31220-5
thelancet.com+4pmc.ncbi.nlm.nih.gov+4thelancet.com+4
12. Koirala P, Ghimire A, Bista KD. B-Lynch suture management among patients with postpartum hemorrhage in a tertiary care centre: a descriptive cross-sectional study. JNMA J Nepal Med Assoc. 2023 feb;61(258):145–9.