

**UNIVERSIDAD DE HUANUCO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**PROGRAMA ACADÉMICO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ALTO  
RIESGO OBSTÉTRICO**



**UDH**  
UNIVERSIDAD DE HUANUCO  
<http://www.udh.edu.pe>

**TESIS**

---

**“HEMORRAGIA MASIVA OBSTÉTRICA RELACIONADA A ATONÍA  
UTERINA, CUANTIFICACIÓN HEMORRÁGICA EN LA PUÉRPERA  
DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING  
FERRARI – HUÁNUCO, 2019”**

---

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE SEGUNDA  
ESPECIALIDAD EN ALTO RIESGO OBSTÉTRICO**

**AUTORA: Alvarado Tiburcio, Aquila**

**ASESORA: Palacios Zevallos, Juana Irma**

**HUÁNUCO – PERÚ**

**2021**



# U

### TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

- Tesis ( X )
- Trabajo de Suficiencia Profesional ( )
- Trabajo de Investigación ( )
- Trabajo Académico ( )

**LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN:** Salud pública  
**AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN** (2018-2019)

### CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

**Área:** Ciencias médicas, Ciencias de la salud

**Sub área:** Medicina clínica

**Disciplina:** Obstetricia, Ginecología

# D

### DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: segunda especialidad en alto riesgo obstétrico

Código del Programa: P39

Tipo de Financiamiento:

- Propio ( X )
- UDH ( )
- Fondos Concursables ( )

### DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 41199037

### DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 22418566

Grado/Título: Doctora en ciencias de la salud

Código ORCID: 0000-0003-4163-8740

# H

### DATOS DE LOS JURADOS:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Quiroz Tucto, Mariella Mariyu	Maestra en ciencias de la salud con mención en salud pública y docencia universitaria	41168800	0000-0002-4216-1553
2	Marcelo Armas, Maricela Luz	Doctora en ciencias de la salud	04049506	0000-0001-8585-1426
3	Sinche Alejandro, Marisol	Magister en gestión pública	22489669	0000-0001-5710-8424



## ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco siendo las 16:00 horas del día 09 del mes de diciembre del año 2021, en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Títulos de la Segunda Especialidad, de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco, se reunió el jurado calificador integrado por los siguientes docentes: Dr. Edilberto Toscano Palacios, **Presidente**, Mg. Marisol Sinche Alejandro, **Secretaria**, Mg. Maricela Marcelo Armas, **Vocal**. Se reunieron el sustentante y el Jurado Calificador mediante la plataforma virtual Google meet.

Nombrados mediante RESOLUCIONES N° 1915-2021-D-FCS-UDH de fecha 01 de diciembre del 2021, para evaluar la Tesis intitulada “**HEMORRAGIA MASIVA OBSTÉTRICA RELACIONADA A ATONÍA UTERINA, CUANTIFICACIÓN HEMORRÁGICA EN LA PUÉRPERA DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI – HUÁNUCO, 2019**”, presentado por doña: **AQUILA, ALVARADO TIBURCIO**, para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional mención en Alto Riesgo Obstétrico.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: Exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del jurado.

Habiendo absuelto las interrogantes formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) **Aprobada** Por **Unanimidad** con el calificativo cuantitativo de **15** y cualitativo de **Bueno**.

Siendo las 17:00 horas del día 09 de diciembre del año 2021, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

**PRESIDENTE**

Mg. Mariella Quiroz Tucto

**SECRETARIA**

Dra. Maricela Marcelo Armas

**VOCAL**

Mg. Marisol Sinche Alejandro

## **DEDICATORIA**

A mi querida mamita Lola y mi “Shatuco”, mis dos angelitos que desde el cielo guían e iluminan mi andar.

Con amor y cariño al seno familiar mi aliciente para seguir adelante.

La Investigadora.

## **AGRADECIMIENTO**

La contribución de personas fue muy importante para sacar adelante esta investigación, a todas ellas mi agradecimiento.

Adryel un agradecimiento especial por el apoyo incondicional en el trabajo de campo.

La Investigadora.

# ÍNDICE

DEDICATORIA .....	ii
AGRADECIMIENTO .....	iii
ÍNDICE.....	iv
ÍNDICE DE TABLAS .....	vi
ÍNDICE DE FIGURAS.....	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
INTRODUCCIÓN .....	x
CAPITULO I.....	11
1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN .....	11
1.1. Descripción del problema .....	11
1.2. Formulación del problema .....	11
1.2.1. Problemas específicos .....	12
1.3. Objetivo General.....	12
1.4. Objetivos Específicos.....	12
1.5. Justificación de la Investigación.....	12
1.6. Limitaciones de la Investigación .....	13
1.7. Viabilidad de la Investigación.....	13
CAPITULO II.....	14
2. MARCO TEÓRICO .....	14
2.1. Antecedentes de la Investigación .....	14
2.1.1. Internacionales.....	14
2.1.2. Nacionales .....	16
2.1.3. Locales y/o Regionales .....	18
2.2. Bases Teóricas .....	19
2.2.1. Hemorragia Masiva Obstétrica.....	19
2.2.2. Atonía Uterina .....	22
2.3. Definiciones Conceptuales .....	23
2.3.1. Hemorragia Masiva Obstétrica. ....	23
2.3.2. Atonía Uterina. ....	23
2.3.3. Puérperas Inmediatas.-.....	24
2.3.4. Hipótesis de Investigación (H <sup>i</sup> ) .....	24

2.3.5. Hipótesis Nula ( $H^0$ ) .....	24
2.3.6. Hipótesis estadística ( $H^e$ ) de correlación:.....	24
2.4. Operacionalización de Variables .....	24
2.4.1. Variable Independiente 1: .....	24
2.4.2. Variable dependiente 2: .....	24
2.4.3. Operacionalización.....	24
CAPÍTULO III.....	25
3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	25
3.1. Tipo de Investigación .....	25
3.1.1. Enfoque:.....	25
3.1.2. Método: .....	25
3.1.3. Tipo: .....	25
3.1.4. Nivel: .....	25
3.1.5. Diseño: .....	25
3.2. Población y Muestra .....	26
3.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos .....	26
3.3.1. Técnica.....	26
3.3.2. Instrumentos .....	26
3.4. Técnicas para el Procesamiento y Análisis de la Información .....	27
3.4.1. Técnica de Recojo de Datos .....	27
3.4.2. Técnica de Procesamiento de Datos.....	27
3.4.3. Técnica de Análisis de Datos .....	27
CAPÍTULO .....	28
4. RESULTADOS .....	28
4.1. Descripción de Realidad Observada .....	28
4.2. Estadígrafo: .....	39
DISCUSIÓN.....	40
CONCLUSIONES .....	41
RECOMENDACIONES.....	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
ANEXOS.....	46

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1. EDAD .....	28
Tabla N° 2. NIVEL EDUCATIVO.....	28
Tabla N° 3. LUGAR DE PROCEDENCIA .....	30
Tabla N° 4. ESTADO CIVIL .....	31
Tabla N° 5. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: PARIDAD .....	32
Tabla N° 6. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS PERIODO INTERGENÉSICO .....	33
Tabla N° 7. PESO DE FETO ANTERIOR.....	34
Tabla N° 8. RIESGO OBSTÉTRICO.....	35
Tabla N° 9. DATOS OBSTÉTRICOS DEL EMBARAZO ACTUAL .....	36
Tabla N° 10. PATOLOGÍAS DIAGNOSTICADAS .....	36
Tabla N° 11. HEMORRAGIA MASIVA OBSTÉTRICA Y ATONÍA UTERINA	38
Tabla N° 12. Medidas simétricas .....	39



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1. EDAD.....	28
Figura N° 2. NIVEL EDUCATIVOZ .....	29
Figura N° 3. LUGAR DE PROCEDENCIA .....	30
Figura N° 4. ESTADO CIVIL .....	31
Figura N° 5. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: PARIDAD .....	32
Figura N° 6. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS PERIODO INTERGENÉSICO .....	33
Figura N° 7. PESO DE FETO ANTERIOR.....	34
Figura N° 8. RIESGO OBSTÉTRICO.....	35
Figura N° 9. DATOS OBSTÉTRICOS DEL EMBARAZO ACTUAL.....	36
Figura N° 10. PATOLOGÍAS DIAGNOSTICADAS.....	37
Figura N° 11. HEMORRAGIA MASIVA OBSTÉTRICA Y ATONÍA UTERINA .....	38

## RESUMEN

La investigación denominada: Hemorragia masiva obstétrica relacionada a atonía uterina, cuantificación hemorrágica en la puérpera del hospital materno infantil “Carlos Showing Ferrari” – Huánuco, 2019; fue planteada la interrogante que relaciona las dos variables. Investigación cuantitativa, nivel correlacional, tipo transversal, prospectivo, diseño descriptivo de dos variables, muestreo no probabilístico bajo la modalidad intencionada, población muestral 30 casos. Resultados: 1. Condiciones sociodemográficas: Edad más repetitiva 25 a 29 años 27%. Nivel educativo de secundaria completa 53%. Procedencia urbana 53%. Unión estable 70%. 2. Antecedentes obstétricos: Multípara 40%. Periodo intergenésico largo 43%. Sobrepeso de feto anterior 10%. Alto riesgo obstétrico 63%. 3. Datos obstétricos del embarazo actual: Macrosomía fetal 23%. IMC con obesidad materna 10%. 4. Patologías diagnosticadas: Distocias de descenso 10%. Macrosomía fetal 23%. Retención placentaria 10%. 5. Hemorragia masiva obstétrica y atonía uterina: Moderada 22 casos y severa 8 casos; a lo que concluimos que si existe relación entre las variables estudiadas, la cual fue probada mediante la prueba de hipótesis con la estadística de R de Pearson.

**Palabras Clave:** Atonía Uterina y Hemorragia Obstétrica Masiva.

## ABSTRACT

The research called: Massive obstetric hemorrhage related to uterine atony, hemorrhagic quantification in the puerperal woman of the maternal and child hospital "Carlos Showing Ferrari" - Huánuco, 2019; The question that relates them to the variables was posed. Quantitative research, correlational level, cross-sectional, prospective type, descriptive design of the variables, non-probabilistic sample under the intended modality, sample population 30 cases. Results: 1. Sociodemographic conditions: Most repetitive age 25 to 29 years 27%. Complete secondary education level 53%. Urban origin 53%. Stable union 70%. 2. Obstetric history: Multipara 40%. Extensive intergenetic period 43%. 10% overweight of the previous fetus. High obstetric risk 63%. 3. Obstetric data of the current pregnancy: Fetal macrosomia 23%. BMI with maternal obesity 10%. 4. Diagnosed pathologies: 10% of offspring dystocia. Fetal macrosomia 23%. Placental retention 10%. 5. Massive obstetric hemorrhage and uterine atony: 22 moderate cases and 8 severe cases; We conclude that if there is a relationship between the variables studied, which was verified by the hypothesis test with Pearson's R statistic.

Key Words: Uterine Atony and Massive Obstetric Hemorrhage.

# INTRODUCCIÓN

En nuestro País, en Latino América y en el Mundo, la hemorragia masiva en obstetricia sigue siendo un tema de preocupación para el personal de salud, ya que de él manejo obstétrico adecuado depende la vida de la mujer que está en el proceso del parto.

La hemorragia masiva presente en el momento del puerperio, muchas veces provocada por atonía uterina, conlleva a un evento denominado morbilidad extrema, la cual representa riesgo en la salud de la mujer e incluso muerte materna.

Siendo clasificado como un tema de alto riesgo investigamos la relación entre este evento con la atonía uterina bajo el contexto de clasificarlo y cuantificarlo, para ello realizamos una investigación con enfoque cuantitativo, tipo transversal y prospectivo, diseño Descriptivo de dos variables. Concluyendo que la mujer adulta, conviviente y residente de zona urbana son las que presentan esta patología con mayor frecuencia, mientras la hemorragia masiva moderada son las que llevan a mayor morbilidad extrema dentro de las dos primeras horas después del parto.

La investigación se presenta en capítulos siendo: I. Planteamiento del Problema. II. Marco Teórico. III. Metodología de la Investigación. IV. Resultados. Discusión, Conclusiones, Recomendaciones. Bibliografía y Anexos.

# CAPITULO I

## 1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.1. Descripción del problema

El parto cursa con sangrado en condiciones fisiológicas, cuando está cifra se incrementa se le denomina hemorragia, las condiciones que lo producen son varias entre ellas la denominada atonía uterina que es la causa principal<sup>1</sup>. Esta patología cobra vital importancia, ya que se presente en todos los países del mundo, la causas atribuibles o denominadas también predictores relacionadas a la sobre distensión uterina se presentan en embarazo múltiple, polihidramnios, feto con macrosomía, diabetes mellitus, trabajo de parto prolongado, hipertensión en el embarazo, considerable sangrado durante el parto<sup>2</sup>.

La hemorragia masiva presente después del alumbramiento es una condición alarmante entre los profesionales que atienden el parto ya que puede llevar a la morbilidad extrema a la mujer e incluso llevando a la muerte materna, reportan que a nivel mundial la incidencia es del 5%<sup>3</sup> y presentándose 1 de cada 20 partos<sup>4</sup>.

En el Perú se evidencia un incremento alarmante en los últimos años de la hemorragia postparto que lleva a la mortalidad materna y a la morbilidad extrema sobre todo en las zonas rurales donde salud carece de medio de resolución de la problemática; así mismo en la Región Huánuco las atenciones de puerperio complicado en el año 2019 alcanzaron a 29 casos en establecimientos de capacidad resolutive<sup>5</sup>.

### 1.2. Formulación del problema

¿Existe relación entre la hemorragia masiva obstétrica y la atonía uterina, cuantificación hemorrágica en la puérpera del Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari - Huánuco, 2019?

### **1.2.1. Problemas específicos**

1. ¿Qué condiciones sociodemográficas presenta la puérpera con hemorragia masiva obstétrica por atonía uterina?
2. ¿Cuánto es la hemorragia masiva obstétrica en la puérpera después de la atonía uterina?
3. ¿Cuál es la clasificación de la atonía uterina en la puérpera?

### **1.3. Objetivo General**

Determinar la relación entre la hemorragia masiva obstétrica y la atonía uterina, cuantificación hemorrágica en la puérpera del Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari - Huánuco, 2019.

### **1.4. Objetivos Específicos**

1. Describir las condiciones sociodemográficas de la mujer con hemorragia masiva obstétrica por atonía uterina.
2. Cuantificar la hemorragia masiva obstétrica en la puérpera después de la atonía uterina.
3. Clasificar la atonía uterina en la puérpera.

### **1.5. Justificación de la Investigación**

Teóricamente, la investigación estuvo orientada a conocer la relación de causalidad que presenta la hemorragia masiva obstétrica y atonía uterina en términos de cuantificación de la pérdida sanguínea con datos prospectivos; la condición de una mujer en el proceso del parto que tiene pérdida sanguínea abundante posibilita riesgo obstétrico o la alterar severamente a los órganos, pudiendo ocasionar anemia aguda, shock hipovolémico, morbilidad extrema y mortalidad materna; la beneficiaria directa es la mujer en el proceso del parto y puerperio inmediato, ya que con los resultados podremos plantear estrategias que nos ayuden a

evitarla, generar toma de decisiones y acciones adecuadas para salvaguardar a la mujer y el producto de la gestación.

Técnicamente, con este estudio conocemos los datos reales de la pérdida masiva de sangre, ya que en sala de operaciones se colecta y cuantifica la pérdida de sangre sólo sin la mezcla de otros fluidos, siendo así se puede tomar conductas obstétricas para prevenir la morbimortalidad materna.

Práctica, la presente investigación sirve para trabajar en la prevención de hemorragias cuando las gestantes tienen factores de riesgo a una posible atonía uterina, entre ellos están la sobre distensión uterina, la multiparidad, la anemia entre otros, las acciones a tomarse deben ser en la atención pre natal.

El Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari”, puede ser beneficiado contando con datos claros y así poder disminuir los indicadores epidemiológicos de morbimortalidad materna y perinatal, la que beneficia a nuestra Región Huánuco.

## **1.6. Limitaciones de la Investigación**

La pandemia ha retrasado el proceso administrativo de la recolección de datos, y el actualizar los permisos en las oficinas administrativas.

## **1.7. Viabilidad de la Investigación**

Pudo realizarse en el Hospital Materno Infantil, ya que cuenta con los recursos materiales y humanos, los mismos que nos brindaron todas las facilidades.

## CAPITULO II

### 2. MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes de la Investigación

##### 2.1.1. Internacionales

1. León G, Montiel M, Pineda G. Ecuador, 2019. Investigaron sobre prevalencia y factores de riesgo para la aparición de hemorragia posparto; objetivo determinar las variables mencionadas y el cálculo de prevalencia; metodología utilizada con enfoque cuantitativo, diseño descriptivo, técnica fue estudio documental y bibliográfico; resultado: Alta prevalencia de esta patología. Factores de riesgos predominantes: multiparidad, edad entre 20-35 años, útero sin contraerse, desprendimiento de placenta antes de tiempo, acretismo en la placenta. Concluyendo creciente casos de hemorragia post parto en el País.<sup>6</sup>
2. Fernández J, Elías R, Sucet C, et al. Cuba, 2017. Hemorragia posparto, con el objetivo de conocer las características presentes en hemorragia posparto. El estudio descriptivo, midiendo las variables en dos cortes en el tiempo y recolectar los datos a medida que ocurren los eventos, muestra 65 personas. Resultados: Edad promedio  $24,2 \pm 6,2$  años; tiempo de gestación  $34,2 \pm 6,2$  semanas; 73,8 % culminaron la gestación vía perineal, reportaron que el promedio del tiempo de sangrado fue  $2,46 \text{ h} \pm 53 \text{ min}$ . La primera causa fue atonía uterina (61,5 %). La complicación más frecuente fue el shock hipovolémico (100 %) que fue tratado con derivados hematológicos. El retiro del útero y la obliteración de las arterias hipogástricas fueron las técnicas quirúrgicas más realizadas (52,3 %). Conclusión: La causa más trascendental que lleva a la parturienta a la morbilidad extrema fue la hemorragia postparto.<sup>7</sup>



3. García B, Miranda P, Rivera M. Cuba. Investigaron la caracterización de la hemorragia obstétrica grave en terapia intensiva; objetivo conocer los caracteres de la hemorragia obstétrica grave cuando la paciente se encuentra en cuidados intensivos; estudio de descripción y donde recolectaron datos pasados en mujeres con esta condición, población muestral 37 pacientes. Resultados: Media de edad 29,5 años, 37 a 41,6 semanas (81,2%), multigestas, mortalidad materna 2,7%, atonía uterina causa principal (75,7%), presencia de shock relacionada a coagulopatía dilucional. Las consecuencias más importantes fueron: Shock por descompensación de pérdida sanguínea (100%), PH sanguíneo acidificado (56,8%), incremento de cloro (83,8%), no fertilidad (54,1%) y transfusión sanguínea en grandes cantidades (78,4%). Concluyendo que el mencionado evento es la primera causa prevenible de complicación en la madre.<sup>8</sup>
  
4. Vidal E. Ecuador, 2016. Hemorragia uterina post parto asociado a factores de riesgo en mujeres menores de 19 años en el Hospital Universitario de Guayaquil; objetivo conocer si se asocian la edad temprana con la hemorragia; diseño epidemiológico descriptivo de nivel relacional, muestra 2,258 mujeres. Resultados: etiologías de hemorragia post parto fueron las 4t, donde la atonía se dio 80% de los casos, los traumas a nivel del canal de parto 2%, como tejidos residuales en el 6%. En relación a la mortalidad por hemorragia post parto, 14% murieron en estos procesos de sangrados pospartos, mientras que el 86% restante se mantenía hemodinámicamente estable.<sup>9</sup>
  
5. Iglesias J, Urbina D. Nicaragua, 2015. Factores de riesgo asociados a hemorragia postparto que fueron atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia, en el Hospital Matagalpa, cuyo propósito fue enumerar los elementos resaltantes para desarrollar morbilidad; diseño descriptivo, muestra 138 eventos tantos vaginales como cesareadas. 27,998 fueron los partos. Resultados: Incidencia alta, vivían en comunidades y sin escolaridad. Ante natal primigestas con anemia.

Partos no institucionales, partos rápidos, y prolongados. Puerperio hipotonía uterina, desgarros peri vaginales, placenta y restos retenidos.<sup>10</sup>

### 2.1.2. Nacionales

1. Córdova R, Quevedo M. Tumbes, 2018. Factores asociados a hemorragia postparto inmediato en puérperas atendidas en el Hospital Saúl Garrido Rosillo II-1; objetivo asociar las dos variables; diseño epidemiológico descriptivo, no experimental, con una muestra de 38 pacientes, analizaron los documentos. Resultados encontrados: 47% con anemia, 50% tuvieron varias gestaciones, 29% gestantes no completaron su atención prenatal, 21% con enfermedades hipertensivas del embarazo y 8% repiten la hemorragia post parto, 63% macrosomía fetal, 61% desgarro perineal, 47% desgarro cervical, 45% de puérperas con episiotomía, 24% retención placentaria, 13% conducción y 11% parto precipitado. Concluyendo que si existe factores ante e intra parto que se asocian a la hemorragia puerperal.<sup>11</sup>
2. Janampa H. Moquegua, 2017. Hemorragia postparto y retención placentaria, con el objetivo de identificar un caso práctico en una comunidad rural; utilizaron el diseño epidemiológico analítico caso clínico, resultando así: Gestante adulta con parto eutócico en el alumbramiento hace retención placentaria, evidenciando carencia de manejo adecuado en el primer nivel de atención, siendo referida con deficiencias en la aplicación de las claves rojas y problemas relacionadas con el envío referencial. Arriban a conclusiones importantes para lecciones en la retroalimentación con el fin de corregir posibles deficiencias, la mejora en la calidad y tratamiento para estas puérperas.<sup>12</sup>
3. Paz L. Trujillo, 2016. Índice de Shock como predictor de requerimiento transfusional en gestantes con hemorragia postparto atendidas en el Hospital Belén de Trujillo; propósito conocer la utilidad

en reposiciones hemáticas en el índice de shock; diseño epidemiológico analítico de pruebas diagnósticas, la población fue 108 gestantes. Resultados: Los indicadores epidemiológicos son positivos entre el 84%, 90%, 67%, 96% cuando se utiliza el índice de shock respectivamente. Concluyendo que la medida para el diagnóstico del índice shock significa mayor en el grupo con necesidades de transfusión en comparación con el grupo que no lo requiere.<sup>13</sup>

4. Machado O. Lima, 2016. Factores asociados a la atonía uterina en puérperas del Hospital Uldarico Rocca Fernández - Villa El Salvador; objetivo determinar los elementos asociados al útero sin tono en puérperas; diseño epidemiológico analítico: caso control, transversal y retrospectiva, población muestral 45 personas para cada agrupación. Resultados: Rango de edad 19 y 35 años con posibilidad de tener más de dos veces riesgo. Primer embarazo igual con dos riesgos. Trabajo de parto alterado casi seis veces riesgo. Fármaco oxitócico [OR 12,5]. Terapia de uso más frecuente oxitocina, ergometrina y misoprostol 60%. Elementos no asociados: Edad de gestación añosa, anemia, fetal sobrepeso, primer - varios partos. Conclusión: La edad, no tener hijos, dilatación estacionaria y uso inadecuado de oxitocina.<sup>14</sup>
5. Lucana H, Mayta D. Lima, 2016. Incidencia, Características Sociodemográfica y Obstétricas de puérperas que presentaron hemorragia posparto inmediata en el Hospital María Auxiliadora; objetivo determinar los indicadores basales; método fue con enfoque cuantitativo con diseño epidemiológico descriptivo, población 98 puérperas. Resultados. Edad media 27 (90%), unión estable, nivel de escolaridad secundaria (75,5%), (62,2%) ama de casa. Factores encontrados desgarros perineales (62,2%), útero atónico (13,3%) y solución de continuidad en el cérvix (11,2%), primíparas (65,3%), parto a término (76,5%) y (36,7%) macrosomía fetal. Conclusiones: frecuencia 1 caso por cada 100 puérperas.<sup>15</sup>

### 2.1.3. Locales y/o Regionales

1. Ramón M. Huánuco, 2019. Factores de riesgo que conllevan a presentar hemorragia postparto en pacientes atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Huánuco; propósito fue las condiciones que se presentan en la patología; metodología con enfoque cuantitativo, tipo observacional, longitudinal, retrospectivo, diseño descriptivo, técnica: análisis de base de datos. Resultados: los factores de riesgo fueron 15,9% ante parto; 36,4% intra parto; y 47,7 posparto. Concluyendo que existe factores que predisponen a riesgo de presentarse hemorragia puerperal, siendo de mayor porcentaje en el posparto inmediato debido a atonía uterina entre otros.<sup>16</sup>
2. Espinoza D, Izarra S. Huánuco, 2017. Factores de riesgo de la hemorragia postparto en puérperas inmediatas del Hospital “Carlos Showing Ferrari”; objetivo conocer los condicionantes a la hemorragia postparto, para la cual utilizaron el diseño descriptivo de nivel relacional con una muestra de 30 puérperas inmediatas. Resultados: 40% intraparto, 20% anteparto y 20% post parto.<sup>17</sup>
3. Francia M. Huánuco, 2017. Factores clínicos relacionados a atonía uterina en puérperas inmediatas adolescentes, “Hospital de Contingencia Hermilio Valdizán Medrano”; objetivo correlacionar ambas variables; metodología cuantitativa, tipo trasversal, retrospectivo, diseño epidemiológico descriptivo bivariado, población muestral 50 puérperas; Resultados: Adolescente (74%), nivel de estudios secundarios (54%) y mujeres con más de tres partos (72%). Se presentaron previo al parto: EHE (26%); intra parto: demora (16%); después del parto: retención de cotiledón placentario (10%). Se presentaron: atonía precoz (64%) y sagrado uterino severo (86%). Concluyendo que las variables estuvieron fuertemente relacionadas entre sí.<sup>18</sup>
- 4 Rengifo C. Tarapoto, 2015. Hemorragia Postparto en adolescentes del Hospital de Apoyo Integrado Tarapoto; objetivo determinar la

frecuencia de la hemorragia post-parto, diseño epidemiológico descriptivo, longitudinal, prospectivo. Resultados: 399 (66%) casos con promedio de pérdida sanguínea 543,45 cc. 44% casos con volumen perdido 1259,23 cc., alterando la hemodinámica de la paciente. Los relacionados estuvieron en el trabajo de parto con mayor tiempo y demora en salir la placenta, así como el pesaje del feto nacido. Causas fueron: amnios y corión friables (44,74%), poco tono uterino (28,95%), placenta retenida (18,42%), cérvix dañado (5,26%) y desgarro de III

## **2.2. Bases Teóricas**

### **2.2.1. Hemorragia Masiva Obstétrica**

La hemorragia posparto se define comúnmente como una pérdida de sangre de 500 ml o más en el término de 24 horas después del parto. mientras que la condición grave se define como una pérdida de sangre de 1000 ml o más dentro del mismo marco temporal; esta patología afecta a aproximadamente el 2 % de todas las mujeres parturientas: Está asociada a casi un cuarto de todas las defunciones maternas en todo el mundo y es la causa principal de mortalidad materna en la mayoría de los países de ingresos bajos.

La hemorragia es un factor significativo que contribuye a la morbilidad materna grave y a la discapacidad a largo plazo, así como a una serie de otras enfermedades maternas graves generalmente asociadas con la pérdida considerable de sangre, incluidos el shock y la disfunción orgánica.<sup>20</sup>

## **Shock Hipovolémico <sup>21</sup>**

Estado de emergencia ocasionado por pérdida severa de sangre y líquido (pérdida entre el 20 a 30% del volumen de sangre total o quinta parte a más).

Síndrome que cursa con bajo flujo sanguíneo, **haciendo** que el corazón sea incapaz de bombear suficiente sangre que conlleva a una inadecuada perfusión tisular y colapso circulatorio, porque la presión arterial es demasiado baja como para mantener una trastornos metabólicos, celulares, disfunción y falla orgánica y muerte.

### **Causas:**

- 1) Obstétricas; son la más frecuentes, pueden ser durante:
- 2) La I mitad de la gestación- Embarazo ectópico roto, aborto, embarazo molar.
- 3) La II mitad de la gestación: PP, DPP y rotura uterina.
- 4) El parto- Rotura uterina, lesiones de partes blandas, cirugías obstétricas, etc.
- 5) El post parto y puerperio- Atonía uterina, retención de restos ovulares, subinvolución uterina e inversión uterina.
- 6) Hemorragias agudas internas o externas de diferente índole.
- 7) Por trastornos de la coagulación (Fibrinólisis, CID)
- 8) Pérdida de líquidos corporales como linfa en grandes quemaduras, en casos de vómitos, diarreas profusas, exudados, líquidos intestinales.

### **Síntomas generales:**

Taquicardia, taquipnea, hipotensión, hipotermia, palidez de piel y mucosas, sudoración, sequedad de mucosa bucal, náuseas y vómitos,

midriasis, dolor abdominal, sangrado genital, debilidad, oliguria, confusión, desvanecimiento y muerte.

### **Sintomatología, cuadro clínico y diagnóstico por etapas shock:**

#### **1) Etapa I:**

- a) Pérdida sanguínea de 15% del volumen.
- b) El paciente no presenta sintomatología.

#### **2) Etapa II:**

- a) Pérdida sanguínea entre 15 a 30% del volumen.
- b) Taquicardia, taquipnea, PAS normal, PAD aumentado porque los vasos estuvieron contraídos haciendo que incrementen el resistir periférico del vaso, la cual lleva a la disminución y desniveles de las presiones, presentándose inquietud, sed, flujo urinario alterado de 20 a 30 ml/h.

#### **3) Etapa III:**

- a) Pérdida sanguínea entre 30 a 40% del volumen.
- b) Taquicardia (Más de 120/min.), intensificación de taquipnea, hipotensión (P/A menor a 80 mmHg.), ansiedad y confusión, palidez, diaforesis, agitación e intranquilidad, oliguria (5 a 15 ml/h.), piloerección, llenado capilar lento (Más de 3 segundos).

#### **4) Etapa IV:**

- a) Pérdida sanguínea mayor al 40% del volumen.
- b) Intensificación de taquicardia (Más de 140/min.), acentuación de taquipnea (Más de 35/min.), hipotensión (No se puede auscultar presión diastólica), confusión, letargia.

### **Fisiopatología:**

La lesión primaria inicial es la pérdida de volumen eficaz circulante. Es un proceso cíclico que una vez desencadenado genera una secuencia de fenómenos cada uno de los cuales afecta desfavorablemente al siguiente. El deterioro del flujo sanguíneo a órganos y tejidos vitales causa suministro insuficiente o distribución inadecuada de oxígeno, responsable de las graves alteraciones que genera este estado de insuficiencia micro circulatorio.

#### **2.2.2. Atonía Uterina**

La atonía uterina es la causa más común de la hemorragia pos parto, pero el traumatismo genital, la rotura uterina, el tejido placentario retenido o trastornos de coagulación maternos también pueden provocar HPP. Si bien la mayoría de las mujeres que tienen complicaciones por HPP no tienen factores de riesgo clínicos ni antecedentes identificables, la gran multiparidad y la gestación múltiple están asociadas con un mayor riesgo de sangrado después del parto. La HPP puede verse agravada por anemia preexistente y, en dichos casos, la pérdida de un volumen de sangre menor, de todos modos, puede provocar secuelas clínicas adversas.<sup>19</sup>

La atonía uterina es una de las principales causas de hemorragia post parto. Con la expulsión de la placenta, en el útero queda un lecho sangrante con multitud de bocas vasculares que requieren de la contracción uterina para el cierre físico de estos espacios vasculares. La mecánica adecuada para controlar la hemorragia está dada por la contracción del músculo uterino a través de sus diversas capas, cuando está situación es alterada por cualquier evento se produce la imposibilidad de que las fibras musculares hagan un trabajo adecuado, suele presentarse después del parto por vía vaginal o por vía abdominal, al quedar poco contraído los vasos sanguíneos en el lugar donde estuvo insertada la placenta, no realizan la función de contraerse, ocasionando el sangrado profuso y masivo.<sup>20</sup>



**Causas.** – Está descrito en la literatura una serie de causas, ellos pueden ser desde antes, durante o después del parto.

**Fisiopatología.**- Cuando es expulsada la placenta en condiciones normales, fisiológicamente tendría que comprimirse los músculos uterinos y los vasos del lecho placentario a través de contracción sostenida y mediada por el apoyo de la oxitocina endógena y exógena, esta función llevará a que se cierre los vasos sanguíneos abiertos en condiciones normales, si la función es adecuada se aprecia un sangrado mínimo, este proceso fue descrito por Pinard, el cual también menciona la importancia y el papel primordial de los factores de coagulación, denominándose ligaduras del mismo nombre, la alteración conllevaría a un útero atónico.<sup>21</sup>

### **Clasificación<sup>22</sup>**

**Atonía Precoz:** Si tiene lugar cuando la mujer está aún en el paritorio.

**Atonía Tardía:** si se produce en el posparto más inmediato, antes de que el útero consiga su involución a las condiciones normales.

**Complicaciones.**- La principal complicación que puede desencadenar la atonía uterina es la hemorragia severa, que se traduce en pérdida del conocimiento por choque hipovolémico (pérdida importante de sangre), paro cardíaco o respiratorio, y alto riesgo de muerte.<sup>23</sup>

## **2.3. Definiciones Conceptuales**

### **2.3.1. Hemorragia Masiva Obstétrica. –**

pérdida de sangre 500 ml / 1 000 ml o más en el término de 24 horas después del parto.

### **2.3.2. Atonía Uterina.**

se denomina así a un útero que perdió el tono de contracción por diversas causas.

### **2.3.3. Puérperas Inmediatas.-**

Lapso de tiempo que transcurre desde la salida de la placenta hasta las primeras 24 h, controlándose con mayor cuidado las dos primeras horas.<sup>24</sup>

## **1.1 Sistema de Hipótesis**

### **2.3.4. Hipótesis de Investigación (H<sup>i</sup>)**

La hemorragia masiva obstétrica está relacionada con la atonía uterina, cuantificación hemorrágica en la puérpera del Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari - Huánuco, 2019.

### **2.3.5. Hipótesis Nula (H<sup>o</sup>)**

La hemorragia masiva obstétrica no está relacionada con la atonía uterina, cuantificación hemorrágica en la puérpera del Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari - Huánuco, 2019.

### **2.3.6. Hipótesis estadística (H<sup>e</sup>) de correlación:**

**H<sub>i</sub>:  $r_{XY} \neq 0$**  (ambas variables están correlacionadas).

**H<sub>i</sub>:  $r_{XY} = 0$**  (“las dos variables no están correlacionadas”)

## **2.4. Operacionalización de Variables**

### **2.4.1. Variable Independiente 1:**

Atonía Uterina

### **2.4.2. Variable dependiente 2:**

Hemorragia Masiva Obstétrica

### **2.4.3. Operacionalización**

(anexo 1)

## CAPÍTULO III

### 3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1. Tipo de Investigación

##### 3.1.1. Enfoque:

Cuantitativo

##### 3.1.2. Método:

Deductivo, porque va de lo general a lo particular.

##### 3.1.3. Tipo:

Transversal porque la información se recogió haciendo una línea única en el tiempo, prospectivo porque se seleccionaron la información según ocurría los hechos.

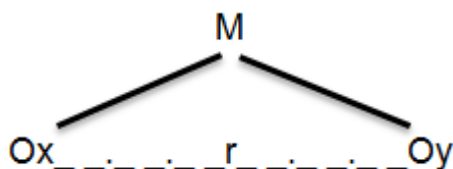
##### 3.1.4. Nivel:

Correlacional porque relacionamos la hemorragia masiva obstétrica con la atonía uterina en la puérpera.

##### 3.1.5. Diseño:

Epidemiológico: Descriptivo de dos variables, utilizado en el campo de las Ciencias de la Salud.

Diagrama:



M= Muestra

Ox= Hemorragia Masiva Obstétrica

Oy= Atonía uterina

r = Relación de variables

### **3.2. Población y Muestra**

Los eventos presentados en puérperas con diagnóstico de hemorragia obstétrica masiva, seleccionamos 30 casos para el año 2019.

**Criterios de selección:** puérperas con hemorragia posparto.

**Unidad de Análisis:** puérperas inmediatas.

**Unidad de Muestreo:** lista de puérperas.

**Marco Muestral:** relación de puérperas.

**Muestreo:** no probabilístico, modalidad intencionada.

#### **Delimitación geográfica, temporal y temática**

Llevamos a cabo en el Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari”, situado en Av. Micaela Bastidas # 337, Amarilis, Provincia y Región Huánuco.

### **3.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos**

#### **3.3.1. Técnica.**

Análisis de documentos: historias clínicas de emergencia, hoja de reporte operatorio obstétrico.

#### **3.3.2. Instrumentos**

Matriz para recolectar los datos, donde enlistamos los principales datos, toda la documentación que utiliza el MINSA, están formuladas a partir criterios confiables y están normados.

**Confiabilidad**, grado en que los resultados son consistentes y coherentes, trabajamos a través de la prueba estadística de Alpha de Cronbach, obteniendo 0,89., significancia de confiable.

### **3.4. Técnicas para el Procesamiento y Análisis de la Información**

#### **3.4.1. Técnica de Recojo de Datos**

1. Planificación de actividades según cronograma de Gant.
2. Trámites para permisos institucionales.
3. Elaboramos de ruta de recolección de datos.
4. Codificamos la información y archivamos la información.
5. Control de calidad de la información para evitar sesgos.

#### **3.4.2. Técnica de Procesamiento de Datos**

1. Elaboración de la data estadística para el SPSS.
2. Elaboración de tablas según cada objetivo planteado.
3. Elaboración de las figuras para presentación e interpretación.

#### **3.4.3. Técnica de Análisis de Datos**

La prueba estadística utilizada para tal fin fue la R de Pearson indicados para datos numéricos, IC: 95%; E: 5%.

# CAPÍTULO

## 4. RESULTADOS

### 4.1. Descripción de Realidad Observada

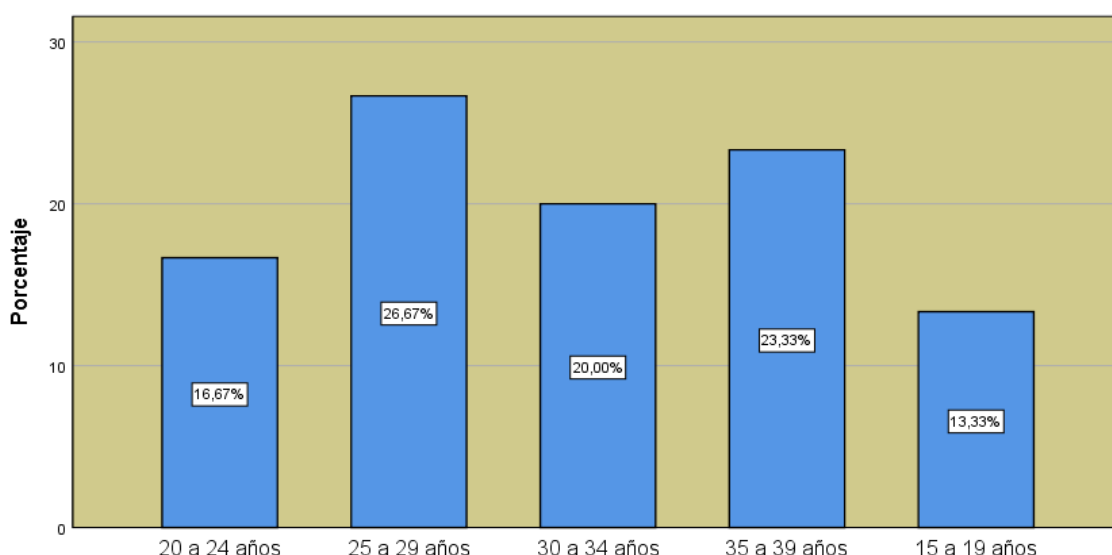
#### CONDICIONES SOCIODEMOGRÁFICAS

**Tabla N° 1. EDAD**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	20 a 24 años	5	16,7	16,7	16,7
	25 a 29 años	8	26,7	26,7	43,3
	30 a 34 años	6	20,0	20,0	63,3
	35 a 39 años	7	23,3	23,3	86,7
	15 a 19 años	4	13,3	13,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: ficha de recolección de datos.

**Interpretación:** La Tabla N° 1 y Figura N° 1, presenta la dimensión edad donde observamos que el 27% corresponde a las comprendidas entre los 25 a 29 años que son las más frecuentes en el desarrollo de atonía uterina.



**Figura N° 1. EDAD**

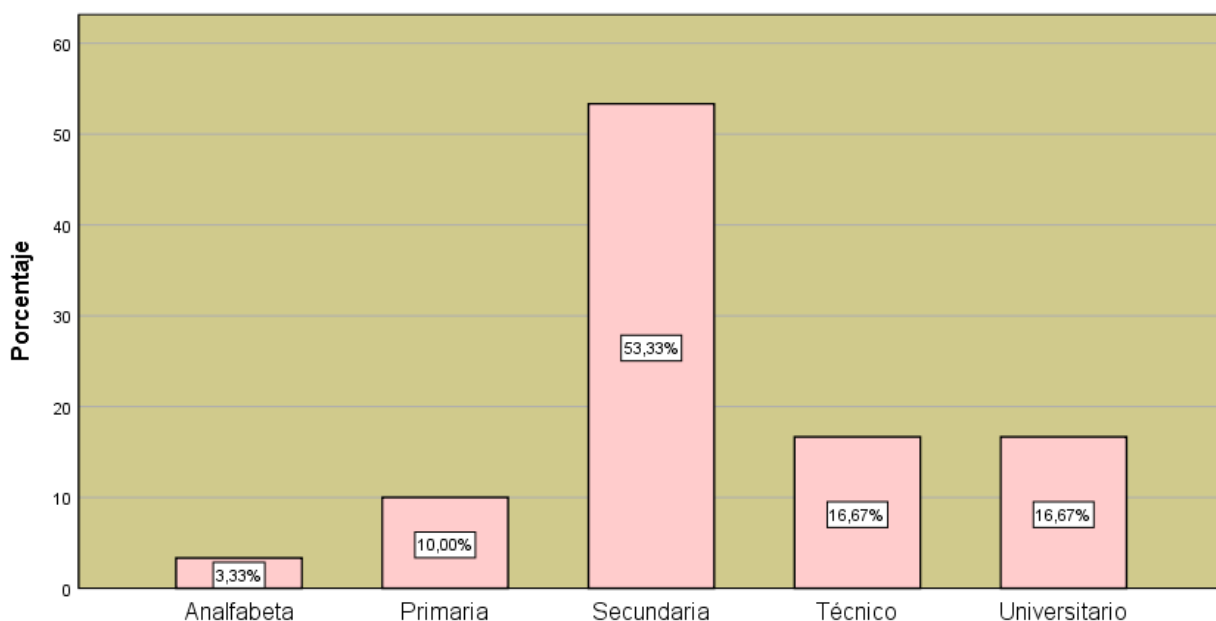
Fuente: Tabla N° 1.

**Tabla N° 2. NIVEL EDUCATIVO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Analfabeta	1	3,3	3,3	3,3
	Primaria	3	10,0	10,0	13,3
	Secundaria	16	53,3	53,3	66,7
	Técnico	5	16,7	16,7	83,3
	Universitario	5	16,7	16,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: ficha de recolección de datos.

**Interpretación:** La Tabla N° 2 y Figura N° 2, presenta la dimensión nivel de estudios, donde observamos la presencia mayoritaria de mujeres con secundaria [16(53%)], seguidos puerperas con universidad y técnico; sin embargo, existe 1 caso de analfabetismo.



**Figura N° 2. NIVEL EDUCATIVOZ**

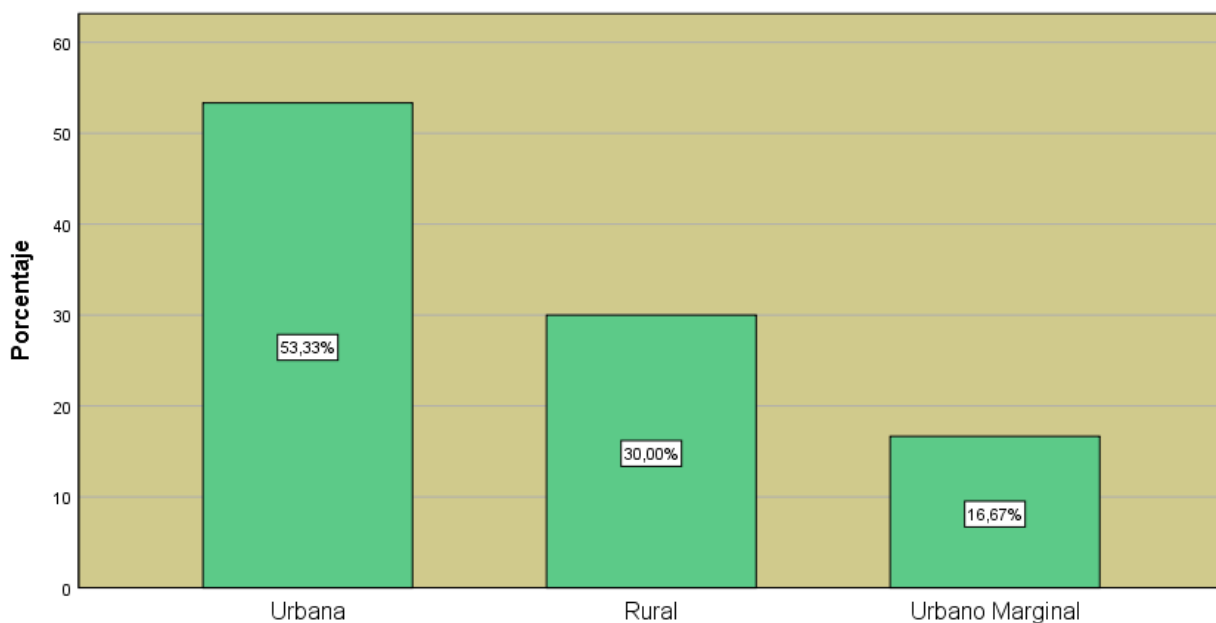
Fuente: Tabla N° 2.

**Tabla N° 3. LUGAR DE PROCEDENCIA**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Urbana	16	53,3	53,3	53,3
	Rural	9	30,0	30,0	83,3
	Urbano Marginal	5	16,7	16,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: ficha de recolección de datos.

**Interpretación:** La Tabla N° 3 y Figura N° 3, presenta la categoría procedencia, donde observamos que las puérperas en gran proporción viven en zonas urbanas [16(53%)], seguidos por un porcentaje bastante considerable provenientes de zona rural, con las propias limitantes del traslado de su vivienda hacia un hospital en caso de emergencia obstétrica [9(30%)].



**Figura N° 3. LUGAR DE PROCEDENCIA**

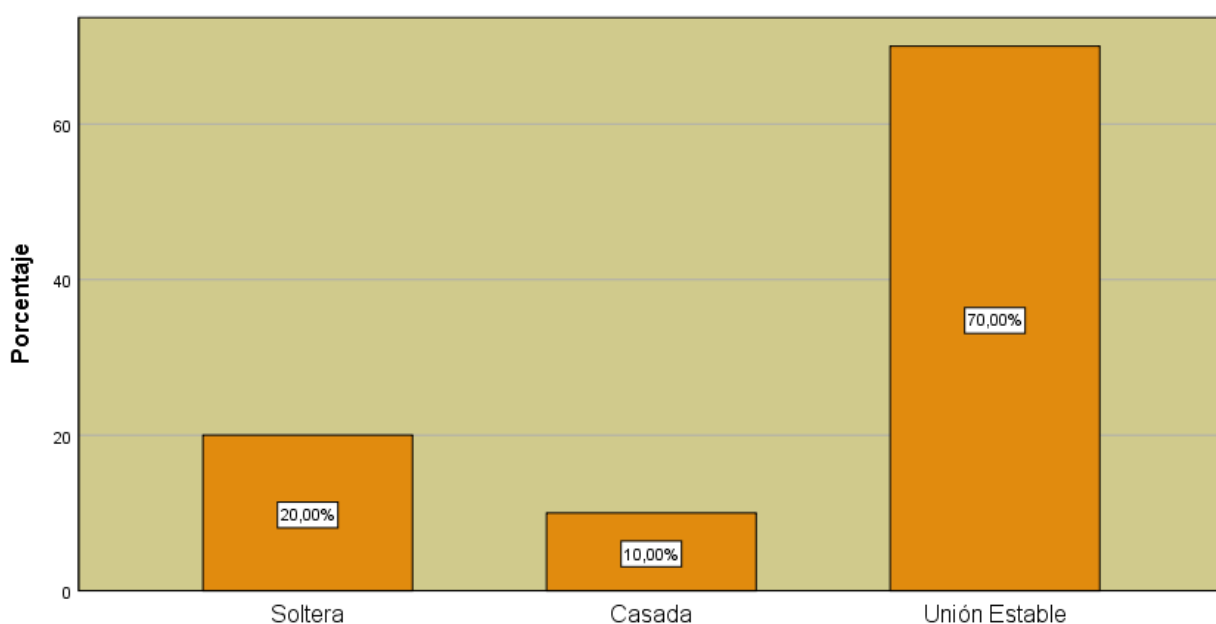
Fuente: Tabla N° 3.



**Tabla N° 4. ESTADO CIVIL**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltera	6	20,0	20,0	20,0
	Casada	3	10,0	10,0	30,0
	Unión Estable	21	70,0	70,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: ficha de recolección de datos.



**Interpretación:** La Tabla N° 4 y Figura N° 4, presenta la categoría estado civil constituida en porcentaje bastante elevado por unión estable o la convivencia [21(70%)].

**Figura N° 4. ESTADO CIVIL**

Fuente: Tabla N° 4.

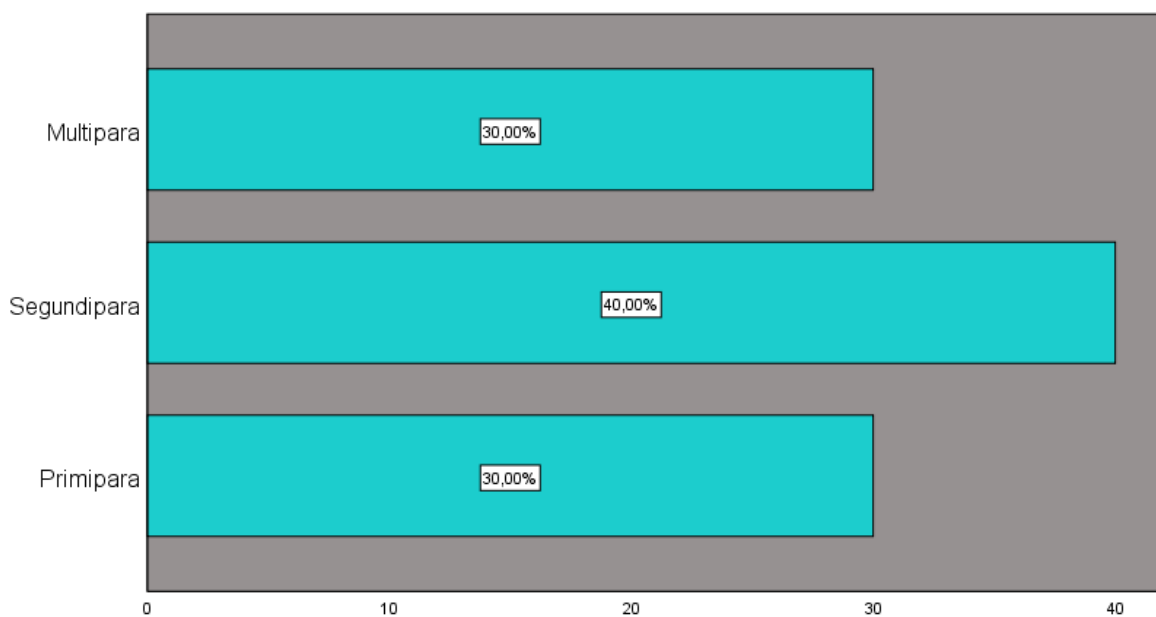
**Tabla N° 5. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: PARIDAD**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primipara	9	30,0	30,0	30,0
	Segundipara	12	40,0	40,0	70,0
	Multipara	9	30,0	30,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**Fuente:** ficha de recolección de datos.

**Interpretación:** En la Tabla N° 5 y Figura N° 5, observamos la paridad como antecedente obstétrico en la condición múltipara [9(30%)], seguido de la segundípara [12(40%)], ambas considerado riesgo a atonía uterina.

**Fuente:** Tabla 5.



**Figura N° 5. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: PARIDAD**

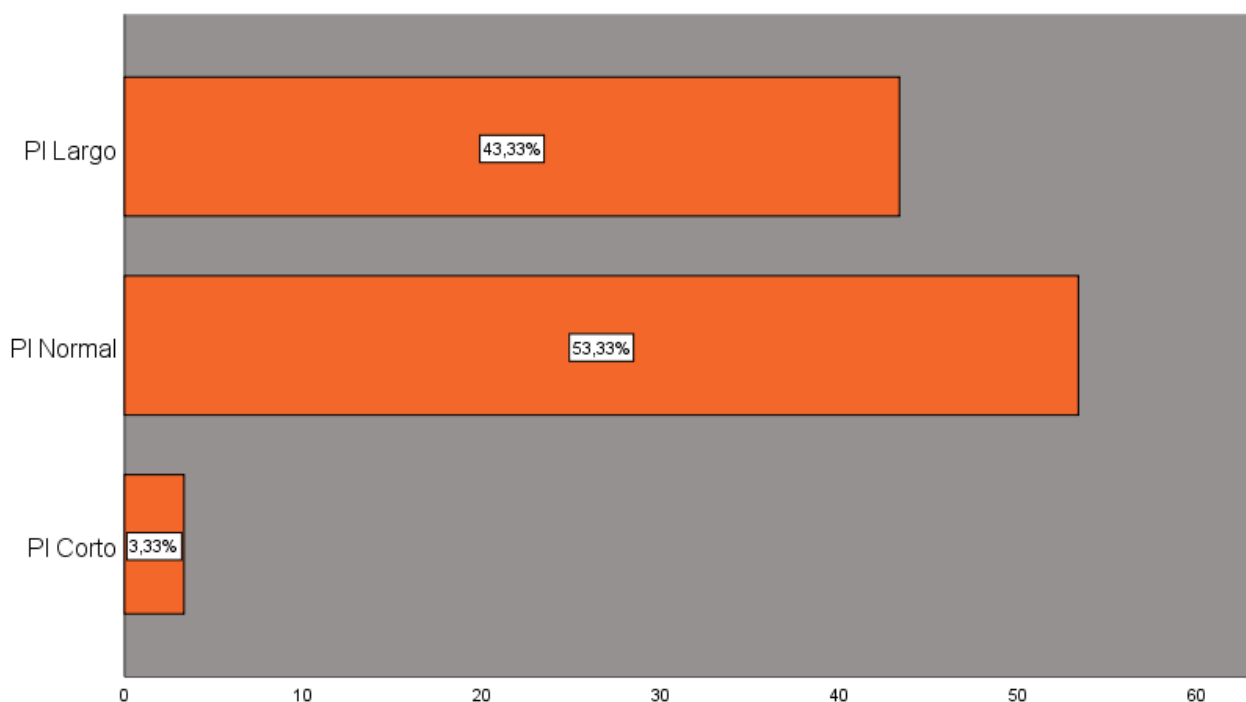
**Fuente:** Tabla N° 5.

**Tabla N° 6. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS PERIODO INTERGENÉSICO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	PI Corto	1	3,3	3,3	3,3
	PI Normal	16	53,3	53,3	56,7
	PI Largo	13	43,3	43,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: ficha de recolección de datos.

**Interpretación:** En la Tabla N° 6 y Figura N° 6, observamos al periodo intergenésico como antecedente obstétrico en la condición largo con el porcentaje [13(43%)], la cual es colindante con el riesgo obstétrico.



**Figura N° 6. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS PERIODO INTERGENÉSICO**

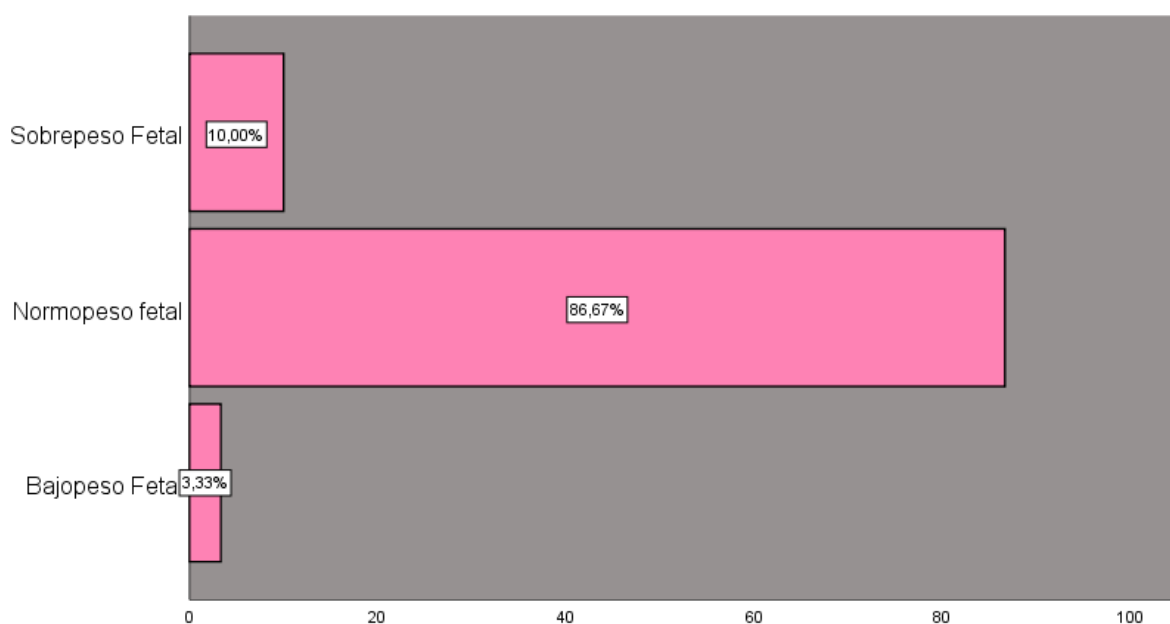
Fuente: Tabla N° 6.

**Tabla N° 7. PESO DE FETO ANTERIOR**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válido</b>	<b>Bajopeso Fetal</b>	<b>1</b>	<b>3,3</b>	<b>3,3</b>	<b>3,3</b>
	<b>Normopeso fetal</b>	<b>26</b>	<b>86,7</b>	<b>86,7</b>	<b>90,0</b>
	<b>Sobrepeso Fetal</b>	<b>3</b>	<b>10,0</b>	<b>10,0</b>	<b>100,0</b>
	<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: ficha de recolección de datos.

**Interpretación:** En la Tabla N° 7 y Figura N° 7, observamos la clasificación del peso del feto anterior, donde evidenciamos (10%) perteneciente al sobre peso, indicativo de sobre distensión uterina en un embarazo anterior.



**Figura N° 7. PESO DE FETO ANTERIOR**

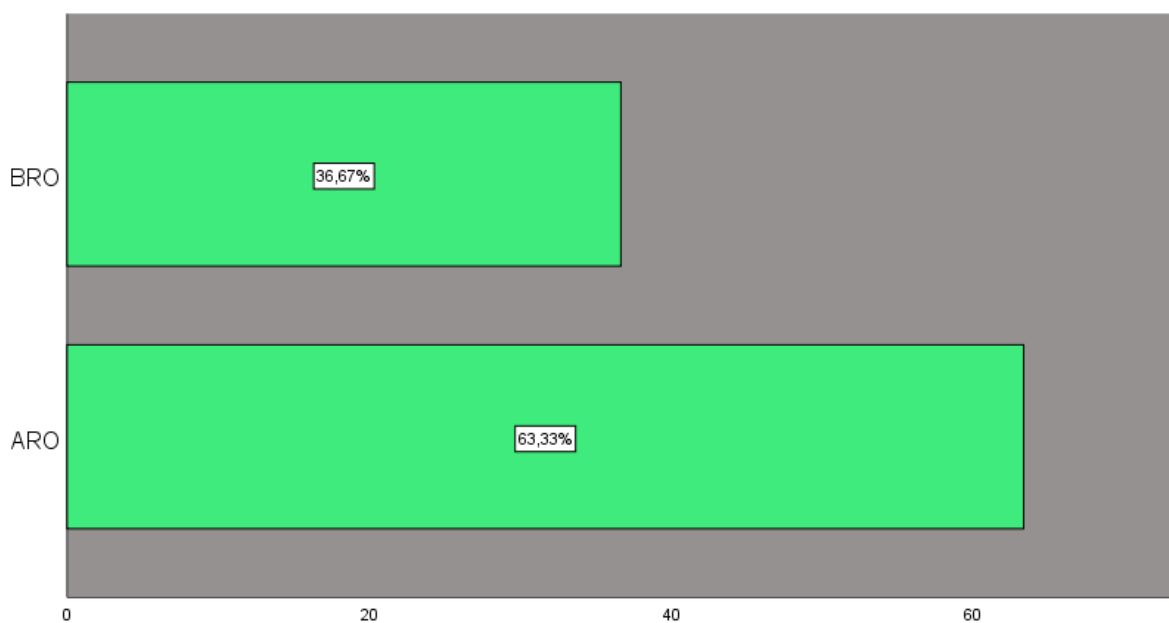
Fuente: Tabla N° 7.

**Tabla N° 8. RIESGO OBSTÉTRICO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ARO	19	63,3	63,3	63,3
	BRO	11	36,7	36,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: ficha de recolección de datos.

**Interpretación:** En la Tabla N° 8 y Figura N° 8, observamos la clasificación del riesgo obstétrico, evidenciamos que el embarazo anterior fue alto (63%), lo que indica que tiene mala historia obstétrica.



**Figura N° 8. RIESGO OBSTÉTRICO**

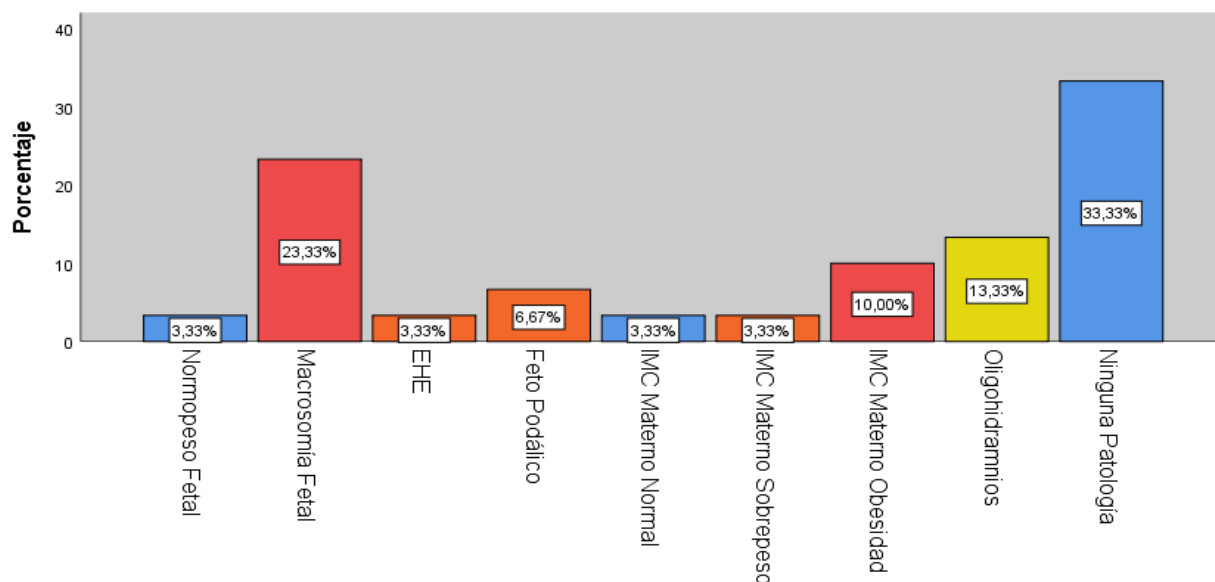
Fuente: Tabla N° 8.

**Tabla N° 9. DATOS OBSTÉTRICOS DEL EMBARAZO ACTUAL**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Normopeso Fetal	1	3,3	3,3	3,3
	Macrosomía Fetal	7	23,3	23,3	26,7
	EHE	1	3,3	3,3	30,0
	Feto Podálico	2	6,7	6,7	36,7
	IMC Materno Normal	1	3,3	3,3	40,0
	IMC Materno Sobrepeso	1	3,3	3,3	43,3
	IMC Materno Obesidad	3	10,0	10,0	53,3
	Oligohidramnios	4	13,3	13,3	66,7
	Ninguna Patología	10	33,3	33,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: ficha de recolección de datos.

**Interpretación:** En la Tabla N° 9 y Figura N° 9, observamos los datos obstétricos del embarazo actual, donde se evidencia (23%) de macrosomía fetal, y (10%) a la obesidad materna, evidenciando que el peso es marcador predictivo a la atonía uterina.



**Figura N° 9. DATOS OBSTÉTRICOS DEL EMBARAZO ACTUAL**

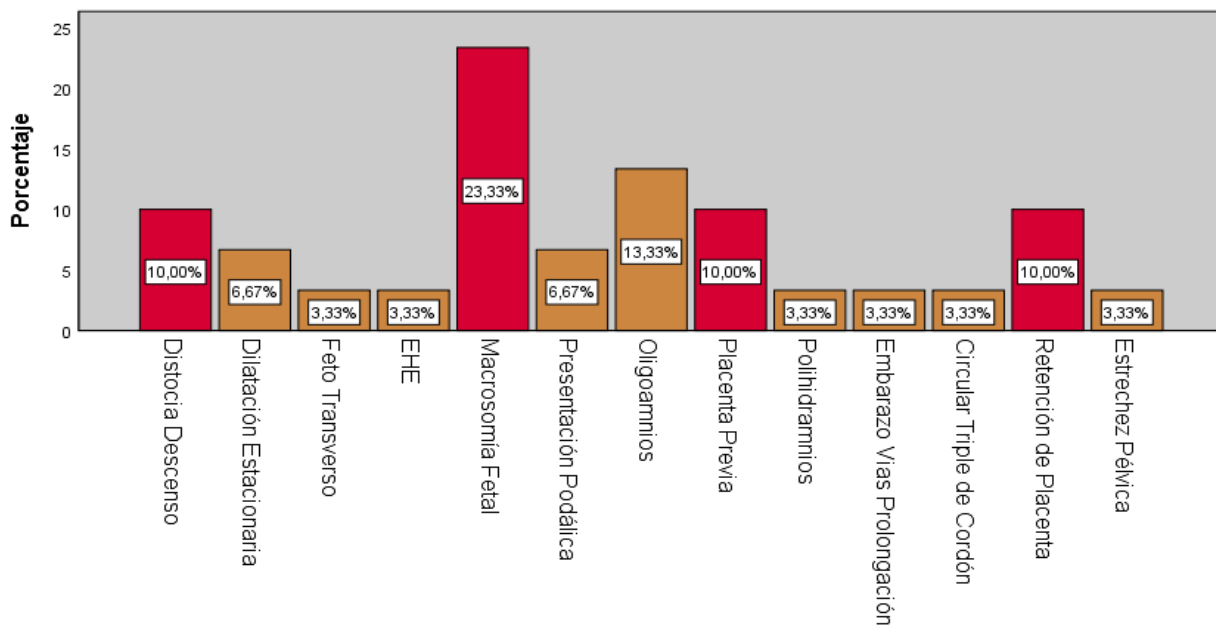
Fuente: ficha de recolección de datos

**Tabla N° 10. PATOLOGÍAS DIAGNOSTICADAS**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido				
Distocia Descenso	3	10,0	10,0	10,0
Dilatación Estacionaria	2	6,7	6,7	16,7
Feto Transverso	1	3,3	3,3	20,0
EHE	1	3,3	3,3	23,3
Macrosomía Fetal	7	23,3	23,3	46,7
Presentación Podálica	2	6,7	6,7	53,3
Oligoamnios	4	13,3	13,3	66,7
Placenta Previa	3	10,0	10,0	76,7
Polihidramnios	1	3,3	3,3	80,0
Embarazo Vías Prolongación	1	3,3	3,3	83,3
Circular Triple de Cordón	1	3,3	3,3	86,7
Retención de Placenta	3	10,0	10,0	96,7
Estrechez Pélvica	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Fuente: ficha de recolección de datos.

**Interpretación:** En la Tabla N° 10 y Figura N° 10, observamos las patologías diagnosticadas a razón de presentarse atonía uterina, evidenciándose la macrosomía fetal con mayor porcentaje (23%), seguido de las distocias de descenso (10%), retención placentaria (10%) con los porcentajes más altos.



**Figura N° 10. PATOLOGÍAS DIAGNOSTICADAS**

Fuente: Tabla N° 10.

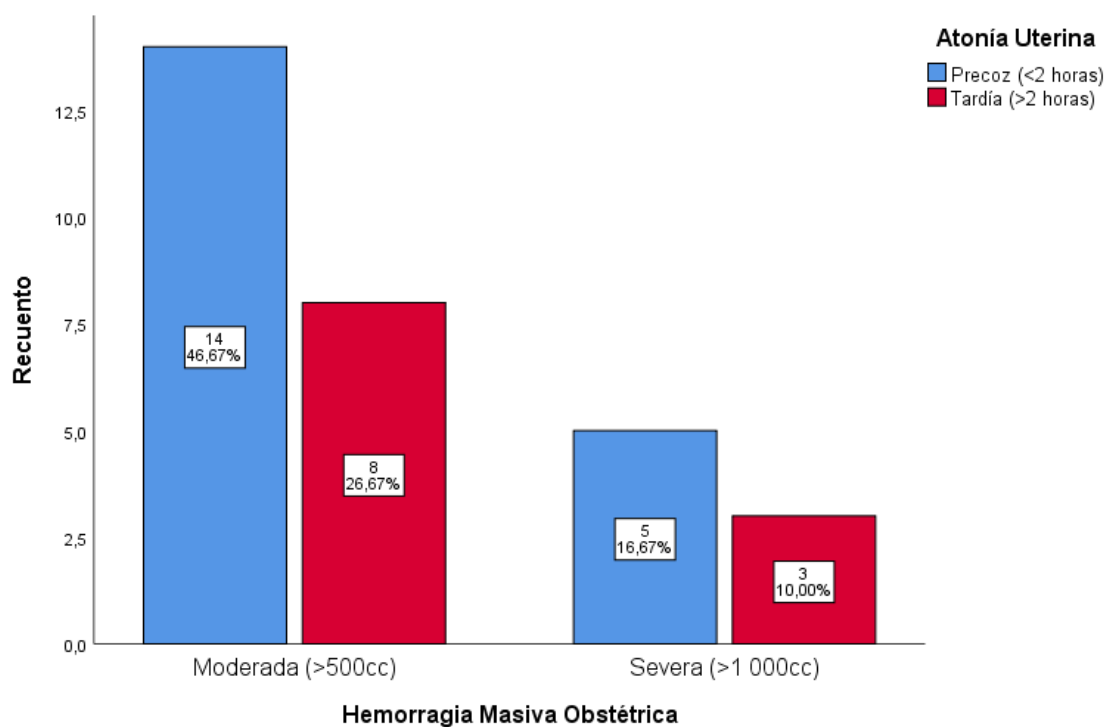
**Tabla N° 11. HEMORRAGIA MASIVA OBSTÉTRICA Y ATONÍA UTERINA**

Recuento

		Atonía Uterina		Total
		Precoz (<2 horas)	Tardía (>2 horas)	
Hemorragia Masiva Moderada (> 500cc)		14	8	22
Obstétrica Severa (>1 000cc)		5	3	8
<b>Total</b>		<b>19</b>	<b>11</b>	<b>30</b>

Fuente: ficha de recolección de datos.

Interpretación: En la Tabla N° 11 y Figura N° 11, observamos la hemorragia masiva obstétrica moderada se relaciona con la atonía uterina precoz dentro de las dos primeras horas puerperales en mayor frecuencia.



**Figura N° 11. HEMORRAGIA MASIVA OBSTÉTRICA Y ATONÍA UTERINA**



## 4.2. Estadígrafo:

**Tabla N° 12.** Medidas simétricas

		Valor	Error estándar asintótico <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>	Significación aproximada
Intervalo por intervalo	R de Pearson	,010	,183	,055	,956 <sup>c</sup>
N de casos válidos		30			

**Fuente:** cálculo estadístico.

**Interpretación:** Tabla N° 12, los resultados de la prueba estadística R de Pearson muestra un valor  $P = 0,010$  menor de  $P = 0,5$ ; por lo cual se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación donde la hemorragia masiva obstétrica está relacionada con la atonía uterina, cuantificación hemorrágica en la puérpera del Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari - Huánuco, 2019.

## DISCUSIÓN

Presentamos y discutimos los siguientes resultados:

De 25 a 29 años fueron las mujeres que más desarrollaron atonía uterina, acorde al rango de 20 a 35 años encontrado por los investigadores León, Montiel y Pineda. Así mismo el nivel de estudios fue secundaria completa 53% y 70% conviviente, congruente con el 75% de escolaridad secundaria y unión estable que reporta el autor Lucana. Respecto al antecedente de ser multípara fue registrado el 30%, caso igualitario al reportado por León et al., y García et al.

En cuanto a los antecedentes obstétricos de peso del feto anterior con sobre peso 10%, embarazo anterior de alto riesgo 63%, feto macrosómico 23%, obesidad materna 10% son similares a los encontrados por los investigadores Córdova, Quevedo y Tumbes.

Sobre las patologías diagnosticadas en los casos recientes evidenciamos macrosomía fetal 23%, distocias de descenso 10%, retención placentaria 10% presentan equivalencias al encontrados por el investigador Machado.

Respecto a la hemorragia masiva obstétrica moderada se relaciona con la atonía uterina precoz dentro de las dos primeras horas puerperales son datos bastantes parejos a los reportados por el autor Ramos M.

## CONCLUSIONES

La hemorragia masiva obstétrica está relacionada a la atonía uterina, cuantificación hemorrágica en la puérpera del Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari - Huánuco, 2019, demostrada mediante la prueba estadística de R de Pearson donde las dos variables están correlacionadas.

1. Las condiciones sociodemográficas de la mujer con hemorragia masiva obstétrica por atonía uterina fueron: Edad adulta con secundaria que vive en la zona urbana y conviviente; múltipara de periodo intergenésico largo, con un producto anterior con sobrepeso y mala historia obstétrica, así mismo en el embarazo actual presentaban macrosomía fetal, y sobrepeso materno, en el parto se presentaron distocias de descenso, retención de restos y placenta, y se confirmaba macrosomía fetal, clasificándolas como embarazo de alto riesgo.
2. La cuantificación de la hemorragia masiva fue moderada con pérdida sanguínea que va desde los 500 cc hasta los 1 000 cc., haciéndola de morbilidad extrema.
3. La atonía uterina en la puérpera fue mayor en el puerperio precoz catalogada dentro de las dos primeras horas al parto.

## RECOMENDACIONES

Al profesional que atiende a la puérpera:

1. Las condiciones de vulnerabilidad de la puérpera que la convierte en condición de riesgo, lleva a tomar acciones de prevención con una adecuada atención prenatal y detección temprana de morbilidad.
2. Cuando existe pérdida sanguínea clasificada como moderada una adecuada y pronta acción médica puede evitar morbilidad extrema.
3. La atención y vigilancia estricta las dos primeras horas posparto por el profesional calificado pueden llevar a atención e intervención obstétrica inmediata y resolver la causa de la atonía uterina.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guasch E, Gilsanz F. Hemorragia masiva obstétrica. Madrid: Protocolos asistenciales en anestesia y analgesia obstétrica; 2013.
2. Díaz M, Ferreiro L, Esteban J. Predictores de atonía uterina. Rev. Información Científica (2016) 95 (3) 425-436.
3. Karlsson H, Pérez C. Hemorragia postparto. Rev. Anales Sis San Navarra. 2019; 32 (1).
4. Alkema L, Chou D, Hogan D, et al. Niveles y tendencias mundiales, regionales y nacionales de mortalidad materna entre 1990 y 2015, con proyecciones basadas en escenarios para 2030: un análisis sistemático del Grupo Interinstitucional de Estimación de la Mortalidad Materna de las Naciones Unidas. Lanceta. 2016; 387 (10017): 462-7.
5. ESN Salud Sexual Y reproductiva: Materno. Huánuco: Oficina de Informática, telecomunicaciones y estadística, Dirección Regional de Salud Huánuco, Perú; 2019.
6. León G, Montiel M, Pineda G. Prevalencia y factores de riesgo para la aparición de hemorragia posparto. Ecuador; 2019.
7. Fernández J, Elías R, Sucet C, et al. Hemorragia posparto. Cuba; 2017.
8. García B, Miranda P, Rivera M. Caracterización de la hemorragia obstétrica grave en terapia intensiva. Cuba; 2016.
9. Vidal E. Hemorragia uterina post parto asociado a factores de riesgo en mujeres menores de 19 años en el Hospital Universitario de Guayaquil Ecuador; 2016.
10. Iglesias J. y Urbina D. Factores de riesgo asociados a hemorragia postparto, en las mujeres que fueron atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia, en el Hospital Matagalpa. Nicaragua; 2014.

11. Córdova R, Quevedo M. Factores asociados a hemorragia postparto inmediato en puérperas atendidas en el Hospital Saúl Garrido Rosillo II-1. Perú, Tumbes; 2018.
12. Janampa H. Hemorragia post parto retención placentaria. Moquegua: Universidad José Carlos Mariátegui. Perú, Moquegua; 2017.
13. Paz L. Índice de Shock como predictor de requerimiento transfusional en gestantes con hemorragia postparto atendidas en el Hospital Belén. Perú, Trujillo; 2016.
14. Machado O. Factores asociados a la atonía uterina en puérperas del Hospital Uldarico Rocca Fernández - Villa El Salvador. Perú, Lima; 2016.
15. Lucana H, Mayta D. Incidencia, Características Sociodemográfica y Obstétricas de puérperas que presentaron hemorragia posparto inmediata en el Hospital María Auxiliadora - San Juan De Miraflores. Perú, Lima; 2016.
16. Ramón M. Factores de riesgo que conllevan a presentar hemorragia postparto en pacientes atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Huánuco. Perú, Huánuco; 2019.
17. Espinoza D, Izarra S. Factores de riesgo de la hemorragia postparto en puérperas inmediatas del Hospital "Carlos Showing Ferrari". Perú, Huánuco; 2017.
18. Francia M. Factores clínicos relacionados a atonía uterina en puérperas inmediatas Hospital de Contingencia Hermilio Valdizán Medrano. Perú, Huánuco; 2017.
19. Rengifo C. Hemorragia Post parto en el Hospital de Apoyo Integrado Tarapoto. Perú, Tarapoto; 2015.
20. Encuesta multinacional sobre salud materna y neonatal. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012.

21. Urgencias por grandes síndromes. Sevilla: Manual de Urgencias de Hospitales Universitarios Virgen del Rocío: Sistema Sanitario Público Andaluz España; 2009.
22. Manejo de las complicaciones en el embarazo y el parto, una guía para parteras y médicos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000.
23. Pérez H, et al. Hemorragia postparto Rev. Anales Sis San Navarra; 2009; 32 (1) 45.
24. Gómez Betancourt, Ricardo. Atonía uterina. On line: [[http://www.ecured.cu/index.php /Aton%C3%ADa\\_uterina](http://www.ecured.cu/index.php /Aton%C3%ADa_uterina)] visitado (8. Feb.2018).
25. Cruz T. Hemorragia post parto - atonía uterina. Perú, Ica; 2016.
26. Pérez H, et al. Hemorragia postparto Rev. Anales Sis San Navarra; 2009; 32 (1) 48.
27. Ministerio de Salud del Perú. Protocolo de atención del puerperio fisiológico. 2017; pp.119.

## **ANEXOS**



## Apéndice y Anexos

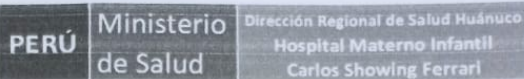
### ANEXO 1

#### Operacionalización de Variables

Variable		Dimensiones	Indicadores	Criterios de medición
VARIABLE 1	Atonía Uterina	Precoz	< 2 horas	Cuantitativo continuo
		Tardío	> 2 horas	
VARIABLE 2	Hemorragia Masiva Obstétrica	Perdida sanguínea leve	500 ml.	Cuantitativo continuo
		Perdida sanguínea moderada	1 000 ml.	
		Perdida sanguínea severa	> 1 000 ml.	

## ANEXO 2

### PERMISO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



**"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"**

Amarílis, 21 de Junio del 2021

**PROVEÍDO Nº 005-2021 CC H.M.I.CSF**

Visto la solicitud presentada por la Obst. **AQUILA ALVARADO TIBURCIO**, alumna de la Segunda Especialidad ALTO RIESGO OBSTETRICO de la Universidad de Huánuco, quien solicita Autorización para ejecución del Proyecto de Investigación titulado **"HEMORRAGIA MASIVA OBSTETRICA RELACIONADA A ATONIA UTERINA, CUANTIFICACIÓN HEMORRAGICA EN LA PUERPERA DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL "CARLOS SHOWING FERRARI – HUÁNUCO, 2019"**. Aprobado bajo **RESOLUCIÓN Nº 1492-2019-D-FCS-UDH**.

Este Comité, **AUTORIZA** lo solicitado, permitiendo el acceso a la Unidad de Admisión, coordinando directamente con el Ing. Everth Valdez, responsable de dicha área, para la recolección de datos de las Historias Clínicas desde la fecha que se emite dicho documento, hasta por un período de 01 mes.

Se coordinó con el Director Q. F. Isaías Huanca Gabriel y oficinas competentes, se le comunica a la interesada realizar su trámite correspondiente.





**ANEXO 3**  
**INSTRUMENTO**



**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**Código:**.....

**Fecha:** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**TÍTULO:** "HEMORRAGIA MASIVA OBSTÉTRICA RELACIONADA A ATONÍA UTERINA, CUANTIFICACIÓN HEMORRÁGICA EN LA PUÉRPERA DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI – HUÁNUCO, 2019"

**Objetivo:** Determinar la relación entre la hemorragia masiva obstétrica y la atonía uterina, cuantificación hemorrágica en la puérpera del Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari- Huánuco, 2019.

**I. DATOS BASALES:**

**1. Edad:**.....

**2. Nivel educativo:**

- a. Analfabeta
- b. Primaria
- c. Secundaria
- d. Técnico
- e. Universitaria

**3. Lugar de procedencia**

- a. Urbana
- b. Rural
- c. Urbano marginal

**4. Estado civil**

- a. Soltera
- b. Casada
- c. Unión estable

**5. Datos Obstétricos**

Paridad:.....	Periodo intergenésico:.....
Peso en el anterior embarazo:.....	Antecedentes ARO:.....
Ponderado fetal.....	Gemelar.....
Polihidramnios:.....	Otros:.....

**6. Estado nutricional (IMC)**

- a. Normal:.....
- b. Sobrepeso:.....
- c. Obesidad:.....

## I. Hemorragia Masiva Obstétrica

Pérdida sanguínea leve : 500 ml \_\_\_\_\_

Pérdida sanguínea moderada: >500 ml hasta < 1 000 ml \_\_\_\_\_

Pérdida sanguínea severa : > 1 000 ml \_\_\_\_\_

## II. Atonía Uterina

Precoz: < 2 horas \_\_\_\_\_

Tardía: > 2 horas \_\_\_\_\_

**Presencia de morbilidad:** \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

- 
- <sup>1</sup> Guasch E, Gilsanz F. Hemorragia masiva obstétrica. Madrid: Protocolos asistenciales en anestesia y analgesia obstétrica; 2013.
  - <sup>2</sup> Díaz M, Ferreiro L, Esteban J. Predictores de atonía uterina. Rev. Información Científica (2016) 95 (3) 425-436.
  - <sup>3</sup> Karlsson H, Pérez C. Hemorragia postparto. Rev. Anales Sis San Navarra. 2019; 32 (1).
  - <sup>4</sup> Alkema L, Chou D, Hogan D, et al. Niveles y tendencias mundiales, regionales y nacionales de mortalidad materna entre 1990 y 2015, con proyecciones basadas en escenarios para 2030: un análisis sistemático del Grupo Interinstitucional de Estimación de la Mortalidad Materna de las Naciones Unidas. Lanceta. 2016; 387 (10017): 462-7.
  - <sup>5</sup> ESN Salud Sexual Y reproductiva: Materno. Huánuco: Oficina de Informática, telecomunicaciones y estadística, Dirección Regional de Salud Huánuco, Perú; 2019.
  - <sup>6</sup> León G, Montiel M, Pineda G. Prevalencia y factores de riesgo para la aparición de hemorragia posparto. Ecuador; 2019.
  - <sup>7</sup> Fernández J, Elías R, Sucet C, et al. Hemorragia posparto. Cuba; 2017.
  - <sup>8</sup> García B, Miranda P, Rivera M. Caracterización de la hemorragia obstétrica grave en terapia intensiva. Cuba; 2016.
  - <sup>9</sup> Vidal E. Hemorragia uterina post parto asociado a factores de riesgo en mujeres menores de 19 años en el Hospital Universitario de Guayaquil Ecuador; 2016.
  - <sup>10</sup> Iglesias J. y Urbina D. Factores de riesgo asociados a hemorragia postparto, en las mujeres que fueron atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia, en el Hospital Matagalpa. Nicaragua. 2014; pp. 7.
  - <sup>11</sup> Córdova R, Quevedo M. Factores asociados a hemorragia postparto inmediato en puérperas atendidas en el Hospital Saúl Garrido Rosillo II-1. Perú, Tumbes; 2018.

- 
- 12 Janampa H. Hemorragia post parto retención placentaria. Moquegua: Universidad José Carlos Mariátegui. Perú, Moquegua; 2017.
- 13 Paz L. Índice de Shock como predictor de requerimiento transfusional en gestantes con hemorragia postparto atendidas en el Hospital Belén. Perú, Trujillo; 2016.
- 14 Machado O. Factores asociados a la atonía uterina en puérperas del Hospital Uldarico Rocca Fernández - Villa El Salvador. Perú, Lima; 2016.
- 15 Lucana H, Mayta D. Incidencia, Características Sociodemográfica y Obstétricas de puérperas que presentaron hemorragia posparto inmediata en el Hospital María Auxiliadora - San Juan De Miraflores. Perú, Lima; 2016.
- 16 Ramón M. Factores de riesgo que conllevan a presentar hemorragia postparto en pacientes atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Huánuco. Perú, Huánuco; 2019.
- 17 Espinoza D, Izarra S. Factores de riesgo de la hemorragia postparto en puérperas inmediatas del Hospital "Carlos Showing Ferrari". Perú, Huánuco; 2017.
- 18 Francia M. Factores clínicos relacionados a atonía uterina en puérperas inmediatas Hospital de Contingencia Hermilio Valdizán Medrano. Perú, Huánuco; 2017.
- 19 Manejo de las complicaciones en el embarazo y el parto, una guía para parteras y médicos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000.
- 20 Pérez H, *et al.* Hemorragia postparto Rev. Anales Sis San Navarra vol.32 supl.1 Pamplona 2009
- 1.1.1.1.
- 21 Gómez Betancourt, Ricardo. Atonía uterina. On line: [[http://www.ecured.cu/index.php /Aton%C3%ADa\\_uterina](http://www.ecured.cu/index.php /Aton%C3%ADa_uterina)] visitado (8. Feb.2018).

- 
- 22 Cruz T. Hemorragia post parto - atonía uterina. Perú, Ica. 2016; pp.21.
- 23 Pérez H, *et al.* Hemorragia postparto Rev. Anales Sis San Navarra vol.32 supl.1 Pamplona 2009  
1.1.1.2.
- 24 Ministerio de Salud del Perú. Protocolo de atención del puerperio fisiológico. 2017; pp.119.