



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TESIS

**“FACTORES CLÍNICOS RELACIONADOS A ATONIA
UTERINA EN PUERPERAS INMEDIATAS HOSPITAL DE
CONTINGENCIA HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO -
2017”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALISTA PROFESIONAL
MENCION MONITOREO FETAL Y ECOGRAFIA OBSTETRICA**

AUTORA

Mirtha Aymin, FRANCIA MAYORCA

ASESORA

Marisol, SINCHE ALEJANDRO

**HUÁNUCO – PERÚ
2018**



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco siendo las 12:00 horas del día 11 del mes de ABRIL 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. Jose Gutarra Vara, **Presidente**, Obs. Esp. Maricela Marcelo Armas, **Secretaria**, Obs. Esp. Mariella Mariyu Quiroz Tucto, **Vocal**.

Nombrados mediante Resolución N° 1793-2018-D-FCS-UDH de fecha 06 de noviembre del 2018, para evaluar la Tesis intitulada: **"FACTORES CLÍNICOS RELACIONADOS A ATONÍA UTERINA EN PUERPERAS INMEDIATAS HOSPITAL DE CONTINGENCIA HERMILIO VALDIZAN MEDRANO - 2017"**, presentado por doña: **Mirtha Aymin FRANCIA MAYORCA**, para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional mención en Monitoreo Fetal y Ecografía Obstétrica.

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 17 y cualitativo de MUY BUENO.

Siendo las 13:20 horas del día 11 del mes de ABRIL del año 2019, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

PRESIDENTE

Dr. Jose Gutarra Vara

SECRETARIA

Obs. Esp. Maricela Marcelo Armas

VOCAL

Obs. Esp. Mariella Mariyu Quiroz Tucto

DEDICATORIA

La presente tesis está dedicada a Dios, ya que gracias a él logre concluir mi especialidad.

A mis padres, porque ellos siempre estuvieron brindándome su apoyo y sus consejos para hacer de mí una mejor persona.

A mi querido esposo Alí por sus palabras y confianza, por su amor y por brindarme el tiempo necesario para realizarme profesionalmente, a mi pequeña hija Merita quien permanentemente me apoyo con su espíritu alentador e incondicional amor.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis formadores, personas de gran sabiduría quienes me han ayudado a llegar al punto en el que me encuentro.

INDICE GENERAL

Nº	Nombre	Página
	DEDICATORIA	ii
	AGRADECIMIENTO	iii
	INDICE	iv
	RESUMEN	v
	INTRODUCCIÓN	vi
	CAPITULO I	
	I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	
	1.1 Descripción del problema	07
	1.2 Formulación del problema	08
	1.3 Objetivo General	08
	1.4 Objetivos Específicos	09
	1.5 Trascendencia de la Investigación	09
	CAPITULO II	
	II. MARCO TEÓRICO	
	2.1 Antecedentes de la Investigación	11
	2.2 Bases Teóricas	15
	2.3 Definiciones Conceptuales	28
	2.4 Sistema de Hipótesis	29
	2.5 Operacionalización de Variables	29
	CAPITULO III	
	III. MARCO METODOLÓGICO	
	3.1 Tipo de Investigación	31
	3.2 Población y Muestra	32
	3.3 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	34
	3.4 Técnicas para el Procesamiento y Análisis de la Información	35
	CAPITULO IV	
	IV. RESULTADOS	
	4.1 Descripción de la realidad observada	36
	4.2 Conjunto de argumentos organizados	36
	4.3 Estadígrafos	42
	V. DISCUSIÓN	43
	VI. CONCLUSIONES	44
	VII. RECOMENDACIONES	45
	VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
	ANEXOS	50

RESUMEN

La investigación titulada: Factores clínicos relacionados a la atonía uterina en puérperas inmediatas. Hospital de Contingencia Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco, año 2017; tuvo el objetivo de relacionar ambas variables, especificando los datos: poblacionales, antecedentes obstétricos antes, durante y después del parto, y clasificar la patología según el tiempo de ocurrencia y sangrado uterino; la metodología fue cuantitativa, tipo transversal, retrospectivo, diseño no experimental descriptivo de dos variables, nivel correlacional y muestra de 50 pacientes; Resultados: Edad joven (74%), con secundaria completa (54%) y multíparas (72%). Los factores con mayor porcentaje: antes del parto, enfermedad hipertensiva del embarazo (26%); durante, trabajo de parto prolongado (16%); puerperio, retención de cotiledón placentario (10%). Clasificación: atonía precoz (64%); y sagrado uterino severo (86%). Conclusión: Los factores clínicos presentan relación significativa con la atonía uterina en puérperas inmediatas. Hospital Regional de Contingencia Hermilio Valdizán Medrano - Huánuco, año 2017; probadas mediante el estadígrafo Rho Spearman.

Palabras Clave: Factores Clínicos, Atonía Uterina, puérperas.

INTRODUCCIÓN

La atonía uterina, es una de las patologías más frecuentes del puerperio y constituyen un indicador de muerte materna en el Perú y nuestra Región Huánuco, por presentarse una hemorragia profusa, masiva y muchas veces incontrolable, como resultado de la falta de contracción del útero; esto puede deberse a múltiples factores, en la presente investigación, abordamos desde el antecedente, la presencia de factores clínicos obstétricos antes, durante y después del parto. Los resultados son de coherencia cercana con la teoría, planteado bajo determinantes de objetivo, la correlación entre ambas variables; siendo los resultados muy congruentes con la realidad y la práctica hospitalaria; la cual nos lleva a plantearnos, si la atención clínica es la adecuada, o cada caso es de manejo complejo, estamos cumpliendo con el uso correcto de la norma técnica, regido por el Ministerio de Salud del Perú; si estamos actuando correctamente, podremos manejar adecuadamente la patología y evitar la morbilidad materna. Las conclusiones arribadas están afirmando que los factores están relacionados significativamente a la atonía uterina.

Se ha considerado para la presente los integrados en capitulaciones: I capítulo: Planteamiento del Problema, II capítulo: Marco Teórico. III capítulo: Marco Metodológico, IV capítulo: Resultados; V capítulo: Discusión, VI capítulo: Conclusiones y Recomendaciones, VII capítulo: Referencia bibliográficas, y Anexos.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del Problema

Según la Organización Mundial de la Salud se produce en el mundo 830,000 muertes maternas diario, siendo las hemorragias obstétricas la primera causa. La muerte materna en los países desarrollados tiene un razón de mortalidad de 12 por 100 000 mil nacidos vivos, mientras que en los países subdesarrollados es de 239 por 100 000 mil nacidos vivos datos hasta el año 2015; La causa principal de hemorragia post parto es la atonía uterina siendo la incidencia del 13%, un cuadro en el que el útero, después de haber expulsado la placenta, no retrae ni se contrae; por lo tanto es la causa principal de mortalidad materna.¹

En el Perú la atonía uterina es la principal causa de hemorragia post parto, constituyendo la primera causa de muerte materna en los hospitales;² esta patología puede conllevar a la muerte materna, siendo en el Perú en el año 2016 la razón 325 por cien mil nacidos vivos.³

En Huánuco esta complicación ocupa la primera causa de muerte materna en la región registrándose 10 muertes maternas en el año 2016.⁴

Las circunstancias mencionadas reflejan que la atonía uterina es una patología que se encuentra estrechamente ligada con la morbilidad

materna y tiene un gran impacto en la salud pública, pues es no es solo un problema de salud, también afecta los ámbitos biológicos y sociales pues atenta contra la vida de la madre y constituye un problema creciente tanto a nivel de la familia y la sociedad en conjunto.

La atonía uterina es un evento frecuente en nuestra práctica profesional, razón por la cual es prioritario investigar exhaustivamente cuales son los factores predisponentes para la aparición de esta patología con la finalidad de detectar su presencia con anticipación y tomar acciones que permitan su adecuado control y manejo.

Lo mencionado con anterioridad hace plantearnos la siguiente interrogante:

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son los factores clínicos relacionados a la atonía uterina en puérperas inmediatas - Hospital de Contingencia Hermilio Valdizán Medrano - Huánuco, año 2017?

1.3. Objetivo General

Relacionar los factores clínicos con la atonía uterina en puérperas inmediatas Hospital Regional de Contingencia Hermilio Valdizán Medrano - Huánuco, año 2017.

1.4. Objetivos Específicos

- 1.4.1. Caracterizar los datos de la población objeto de estudio.
- 1.4.2. Identificar los factores clínicos obstétricos anteparto de puérperas inmediatas que desarrollaron atonía uterina.
- 1.4.3. Identificar los factores clínicos obstétricos intraparto de puérperas inmediatas que desarrollaron atonía uterina.
- 1.4.4. Identificar los factores clínicos obstétricos postparto de puérperas inmediatas que desarrollaron atonía uterina.
- 1.4.5. Clasificar la Atonía Uterina en puérperas inmediatas.

1.5. Trascendencia de la Investigación

Teóricamente, se afirma que 15% de las puérperas presentan atonía uterina el mundo, aumentado la razón de mortalidad materna, estas cifras que se presentan, aumentan en los países subdesarrollados haciendo un problema de salud pública y social con carga para el Estado de estas naciones entre ellas el nuestro, con la presente investigación conocemos las causas de esta patología; ello nos lleva a desarrollar acciones de prevención y recomendar protocolos de atención en un Establecimiento de Salud con capacidad resolutive.

Técnicamente, de seguir con esta situación se advierte el aumento de la mortalidad materno – neonatal, que incrementa las estadísticas desfavorables en nuestra Región, y a nivel Nacional; el problema a solucionarse a tiempo, es si detectamos la problemática de los factores clínicos que estén relacionados a la atonía uterina; con estos

resultados obtenidos en la presente investigación podemos desarrollar estrategias que ayuden a disminuir la incidencia.

Por tal motivo propicio la realización de un estudio de carácter científico que en términos de tiempo y espacio preciso la cantidad de pacientes con estas condiciones o características.

Existe interés de los egresados de la segunda especialidad en obstetricia para realizar este tipo de investigación, sirviendo de evidencia científica y de antecedentes a futuras investigaciones.

CAPITULO II

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Internacionales

Andrés Calle y et al., en el año 2015 en Ecuador realizaron una investigación transversal, prospectiva de diseño descriptivo donde tuvieron el objetivo de determinar el diagnóstico y manejo de la hemorragia post parto en el Hospital Carlos Andrade Marín en Quito; los autores tuvieron los siguientes resultados: 1. Identificaron el volumen sanguíneo de 500 a 800centímetros cúbicos por minuto en el momento postparto para calcular la perdida sanguínea para clasificar la hemorragia uterina según riesgo relativo. 2. Determinaron factores de riesgo en anteparto e Intraparto. 3. Identificaron los trastornos del alumbramiento siendo: hipotonía, cotiledón retenido, retención placentaria: nivel cervical y vaginal; trastornos de desgarros; y trastornos sistémicos: defectos de coagulación y el manejo según protocolo establecido en el Hospital. Concluyeron que: cuando una paciente presenta hemorragia posparto, es importante evaluar en forma inmediata las probables causas: en 70% de los casos es la atonía uterina, 20% desgarros y/o laceraciones cervicales y/o vaginales, 10% restos en la cavidad uterina o placenta retenida y en menos de 1% podría deberse a trastornos de coagulación.⁵

Mirna Maylén Díaz Jiménez, Leydis Bárbara Ferreiro Hernández, José Alfredo Esteban Soto, en el año 2015 en Cuba realizaron un estudio de tipo retrospectivo y transversal de diseño analítico: caso control; con el objetivo de identificar los predictores de atonía uterina; los que arribaron a los resultados siguientes: La diabetes mellitus, el polihidramnios, el trabajo de parto disfuncional, pre eclampsia, hematoma retro placentario, corioamnionitis y el volumen de sangramiento durante el parto superior a 100 ml representan un riesgo incrementado variable para sufrir atonía uterina e histerectomía de emergencia periparto. Concluyendo que la diabetes mellitus, la corioamnionitis y el volumen de sangramiento durante el parto superior a 100 ml resultaron predictores de hemorragia uterina por atonía uterina con validez y seguridad diagnósticas aceptables.⁶

Karlsson C y Pérez Sanz en España en el año 2010 realizaron una investigación retrospectiva transversal de diseño descriptivo, con el objetivo de determinar las causas y los factores de la atonía uterina, obteniendo los siguientes resultados: 1. Causas: sobre distensión uterina, corioamnionitis, agotamiento muscular; retención de placenta y coágulos; desgarros del canal del parto, rotura y dehiscencia uterina, inversión uterina; alteraciones de la coagulación adquiridas y congénitas; 2. Factores de riesgo:

gestación múltiple, hidramnios, feto macrosómico . RPM prolongada, fiebre, parto prolongado y/o rápido, elevada multiparidad, acretismo placentario, cirugía previa, parto instrumental, expulsivo precipitado, hiperdinamia, alumbramiento manual, maniobra de credé, pre eclampsia, síndrome de HELLP, CID, embolia de líquido amniótico, sepsis, abrupción placentaria. Los autores concluyeron que El conocimiento de la existencia de factores de riesgo es de gran ayuda a la hora de prevenir una HPP pero hay que recordar que 2/3 de los casos se dan en mujeres sin ninguno de estos factores.⁷

En el año 2009, Reyes Gómez Oscar, realizó una investigación de diseño descriptivo, retrospectivo, transversal, titulado: Riesgo de hemorragia posparto en la paciente gran multipara en el Hospital Santo Tomas, Argentina; teniendo como objetivo determinar la implicancia que tiene la multiparidad en la incidencia de hemorragia posparto producida por atonía uterina. Llegando a la conclusión final que las pacientes multiparas tienen un riesgo 2,8 veces mayor de presentar episodios de hemorragia posparto producida por atonía uterina en comparación con las pacientes de paridad menor determinando así que la multiparidad es un factor de riesgo para el desarrollo de atonía uterina.⁸

2.1.2 Nacionales

Flores Quispe Bertha Gretel en el año 2017 en Moquegua, Perú realizó un trabajo académico de diseño analítico: caso clínico de tipo transversal y retrospectivo, con el objetivo de revisar un caso clínico de hemorragia uterina por parto por atonía uterina, siendo el resultado: el principal factor de riesgo fue la macrosomía fetal, manejo adecuado que permitió preservar la fertilidad; concluyendo que la respuesta al tratamiento oxitócico intracorneal y uso de prostaglandinas es la primera elección de tratamiento.⁹

En Lima, Perú, Rodríguez Salazar Elías, durante el año 2013 realizó una investigación de tipo retrospectivo, longitudinal de diseño epidemiológico analítico en el Instituto Materno Perinatal de Lima, Perú, titulada: Atonía uterina, con el objetivo de determinar los factores principales asociados a la atonía uterina. Del total de pacientes con diagnóstico de atonía uterina, el 91,6% fueron pacientes multíparas, seguido la coagulación vascular diseminada que se presentó en el 22,4% de los casos. Llegando así a la conclusión de que la paridad constituye un factor primordial para los casos de atonía uterina, seguido de las alteraciones de la coagulación.¹⁰

2.1.3 Antecedentes Locales

Gaspar Valladares, Jaime, en el año 2011, en el Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco, Perú realizó una investigación de diseño descriptivo de tipo retrospectivo, transversal, con el objetivo de conocer los factores de la hemorragia post parto inmediato en las parturientas, concluyó que la causa más frecuente de hemorragia post parto es la atonía uterina, pues ésta se presentó en el 20,8% de los casos, seguido y en menor porcentaje de los desgarros cervicales con un 8.3%.¹¹

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Factores Clínicos

Concepto

Los factores en el contexto de salud son condiciones que al presentarse aumentan el riesgo de una persona de presentar una afección o enfermedad. Son características o circunstancias detectables de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido. Su importancia radica en que permite identificar necesidades de salud de los individuos, familias o comunidades, como guía para la planificación de acciones futuras.¹²

Clasificación

Se analiza según su el tiempo de ocurrencia, observando lo siguiente:

a. Anteparto¹³: estas condiciones se presentan antes del periodo del parto y está caracterizado por la presencia de las siguientes condiciones:

1. Multiparidad.- Es una condición que se presenta en mujeres que han terminado dos o más embarazos con duración de 22 semanas o más.¹⁴

2. Macrosomía Fetal.- La macrosomía se considera como los pesos que exceden al percentil de medida. Se define con base en distribuciones matemáticas de peso al nacer. Los neonatos que exceden del percentil 90 para una semana gestacional dada por lo general se usan como el umbral para macrosomía. Por ejemplo, el percentil 90 a las 39 semanas es de 4000 gramos.¹⁵ Otros autores la definen como el peso sobre dos desviaciones estándar o mayor al percentil 95 para la edad gestacional, la macrosomía es variable, siendo entre 5 y 10% para los mayores de 4000 gramos y entre 1 y 2% para los mayores de 4500 gramos.¹⁶

3. Embarazo múltiple.- Se define como la presencia de dos o más fetos dentro del útero. En los últimos años sea incrementada la incidencia en el orden fetal, debido a factores como la reproducción asistida, inductores de ovulación, edad materna mayor relacionada a la postergación de la maternidad, obesidad entre otros factores.¹⁷ Pueden ser de diferente sexo, no son genéticamente idénticos y poseen siempre dos cavidades amnióticas.¹⁸

4. Polihidramnios.- Es el incremento del volumen del líquido amniótico fuera de sus valores normales, denominándose así a la presencia excesiva de líquido amniótico por lo general mayor a los 2 litros. El líquido se ubica entre las membranas ovulares y superficie placentaria; esta condición patológica llevaría a la sobre distensión del útero convirtiéndola en un factor de riesgo a presentar atonía uterina.¹⁹

5. Antecedentes de Patología Obstétricas:

a. Pre eclampsia

Los trastornos hipertensivos son una de las principales causas de muerte materno infantil, su patogenia no tiene una causa clara ya que puede estar dada por múltiples factores entre los principales tenemos una placentación

anómala, isquemia placentaria, una disfunción del endotelio materno, favorecida por una predisposición inmunogenética con una reacción inflamatoria sistémica exagerada, que llevan a la hipoxia fetal; en la investigación de Ortiz y Samper demuestran una relación significativa del 7% con la complicación materna denominada atonía uterina.²⁰

b. Diabetes Mellitus

Constituye la enfermedad metabólica que con mayor frecuencia complica el embarazo, pudiendo aparecer, incluso, durante este (diabetes mellitus gestacional). La diabetes mellitus repercute de forma negativa en el hijo de madre diabética, a corto, mediano y largo plazo, una de las complicaciones durante el embarazo es la macrosomía fetal y está se asocia con la aparición de desgarros del canal blando del parto, disyunción de la sínfisis púbica, sangrado posparto importante y atonía uterina; las mujeres embarazadas con esta patología presentan, con mayor frecuencia, el parto distócico, y existe un alto índice de cesárea en esta población obstétrica especial.²¹

c. Cesárea anterior.- la condición de tener una cicatriz de cesárea con anterioridad puede llevar a atonía uterina.²²

b. Intraparto: estas condiciones se presentan durante el primer y segundo periodo del parto y está caracterizado por la presencia de las siguientes condiciones: Trabajo de parto prolongado, periodo expulsivo prolongado, descenso de presentación prolongado, desgarros y laceraciones cervicales, vaginales y perineales, parto asistido con instrumentación actualmente en desuso.²³

1. Trabajo de Parto Prolongado, es una dilatación cervical o un descenso fetal anormalmente lentos durante el trabajo de parto. El diagnóstico es clínico. El tratamiento se realiza con oxitocina, parto vaginal operatorio o cesárea. Una vez que el cuello se dilata ≥ 4 cm, en general se produce un trabajo de parto activo.²⁴

2. Periodo Expulsivo Prolongado, el expulsivo es el segundo periodo del parto, inicia inmediatamente después de completar la dilatación y termina con la expulsión del cuerpo de feto; la duración de este periodo será aproximadamente: hasta 2 horas en caso de primíparas y hasta 1 hora en caso de multíparas. En caso de sobrepasar éstas cifras estaríamos hablando de un periodo expulsivo prolongado con probable complicaciones.²⁵

3. Descenso de Presentación Prolongado, es la falta de progreso de la presentación del polo fetal en la pelvis materna, ocasionando una situación estacionaria.

4. Desgarros y Laceraciones Cervicales, son soluciones de continuidad de extensión y profundidad variable, pudiendo ocurrir en diversas partes del cuello uterino.

Clasificación:

Existe un porcentaje bajo de esta patología, el origen puede ser espontaneo u ocasionado por algún factor clínico o patología, esta patología suele ser traumática pudiendo llegar a ser profundo y de tamaño considerable, pueden ser únicos, bilaterales o radiados, la localización puede ser variado en la zona circular, radiados, esféricas: en ocasiones raras pueden avanzar hacia la zona supra vaginal o vejiga o al cuerpo del útero, mucho se asocia a problemas mecánicos del parto o traumatismos operatorios.

Factores Etiológicos, macrosomía fetal, rigidez del cérvix, primiparidad, primiparidad añosa, vestigios de cicatrices, parto precipitado, intervenciones obstétricas inadecuadas, maniobras mal aplicadas, dilatación digital, uso inadecuado de la oxitocina, parto instrumentado sin dilatación completa.

Signo principal es la hemorragia profusa por la cercanía de los vasos afectados en la zona y la ubicación de la arteria uterina.

5. Desgarros y Laceraciones Vaginales y Perineales, son soluciones de continuidad de extensión y profundidad variable, pudiendo ocurrir en diversas partes de la vagina o el periné. Pudiendo ser de grado I y II en la vagina, y grado I, II, III y IV en el periné.

c. Postparto: estas condiciones se presentan durante el tercer periodo del parto y está caracterizado por la presencia de las siguientes condiciones: hipotonía y atonía uterina, cotiledón retenido, retención placentaria o retención de restos placentarios.²⁶

1. Cotiledón Retenido, una fracción de la placenta denominado cotiledones que forma el colchón placentario es retenida dentro de la cavidad uterina, todavía sin desprendimiento del lecho placentario, teniendo abierto los vasos placentarios.

2. Placenta Retenida, es el mecanismo por el cuál la placenta no expulsada al exterior fisiológicamente, se clasifica en retención parcial o retención de restos placentarios, y retención total de la placenta. Esta patología es definida como la no expulsión de la placenta

dentro de los 30 minutos que suceden al parto del feto en condiciones normales y 15 minutos cuando el alumbramiento es dirigido. La placenta se encuentra adherida o bien encarcelada en el útero, por lo que no puede ser expulsada.

3. Restos Placentarios, la cavidad uterina así ocupada por la placenta, no logra contraerse eficazmente por lo que el sangrado continúa; la presencia de restos placentarios, cotiledones o fragmentos de membrana ovulares adheridos a la pared uterina son la causa más frecuente de hemorragia tardía.²⁷

Tercer Período del Parto ²⁸

El tercer período del trabajo de parto se inicia inmediatamente después del nacimiento del feto e implica la separación y expulsión de la placenta y las membranas ovulares. Conforme nace el feto, el útero se contrae de manera espontánea alrededor de su contenido decreciente. Por lo general, para el momento en el que el niño ha nacido por completo, la cavidad uterina está casi obliterada y el órgano consta de una masa casi sólida de un músculo de varios centímetros de grosor por arriba del segmento inferior más delgado. El fondo uterino yace ahora apenas debajo del nivel del ombligo.

Esta súbita disminución del tamaño del útero se acompaña de manera inevitable por un decremento de la superficie del sitio de implantación placentaria. Para que la placenta se acomode en ese espacio disminuido, aumenta de grosor, pero debido a su elasticidad limitada es forzada a plegarse. La tensión resultante hace que la capa más débil de la decidua, la decidua esponjosa, ceda y ocurre su desprendimiento en ese sitio. Por tanto el desprendimiento de la placenta es resultado sobretodo de una desproporción creada entre el tamaño sin cambio de la placenta y el reducido espacio del sitio de implantación subyacente. Durante la cesárea este fenómeno puede observarse de manera directa cuando la placenta tiene inserción posterior.

El despegamiento de la placenta se facilita mucho por la naturaleza laxa de la decidua esponjosa que pudiese compararse con una hilera de perforaciones entre estampas postales. Conforme avanza la perforación, se forma un hematoma entre la placenta en ese proceso y la decidua restante. El hematoma suele ser un producto más que la causa de la separación, debido a que en algunos casos la hemorragia es muy escasa. El hematoma pudiese acelerar el proceso de desprendimiento. Puesto que la separación de la placenta ocurre a través de la capa esponjosa de la decidua, parte de la decidua se expulsa con la placenta, en tanto el resto se mantiene adherido al miometrio. Es variable la

cantidad de tejido decidual retenido en el sitio de inserción placentaria.

Separación del amnios y el corión: El gran decremento de la superficie de la cavidad uterina hace simultáneamente que las membranas fetales (amnios y corion) y la decidua parietal se plieguen en múltiples ocasiones para aumentar el grosor de esa capa de menos de un milímetro hasta tres a cuatro milímetros. El revestimiento del útero en etapas tempranas del tercer período indica que gran parte de la capa parietal de la decidua parietal está incluida entre pliegues de amnios y corion leve festonados. Las membranas suelen mantenerse en su sitio hasta que casi concluye la separación de la placenta y después se desprenden de la pared uterina, en parte por la contracción adicional del miometrio y en parte por la tracción ejercida por la placenta separada, que yace en el segmento uterino inferior delgado o en la porción superior de la vagina. El cuerpo del útero en ese momento normalmente forma una masa casi sólida de músculo, cuyas paredes anterior y posterior miden de cuatro a cinco centímetros de grosor y están en estrecha oposición entre sí, de suerte que la cavidad uterina casi se cierra.

Expulsión de la placenta: Después que la placenta se separa de su sitio de implantación, la presión ejercida sobre ella por las paredes uterinas hace que se deslice de modo descendente hacia

el segmento uterino inferior o la porción superior de la vagina. En algunos casos, puede expulsarse la placenta por medio de la presión abdominal, pero las mujeres en decúbito con frecuencia no pueden expulsarla de manera espontánea. Por lo general se requiere un método artificial para concluir el tercer período del trabajo de parto. El método usual utilizado es la compresión y elevación del fondo uterino de manera alterna, mientras se ejerce tracción mínima sobre el cordón umbilical.

Cuando se presenta el tipo de separación de la placenta central o poco común, se cree que el hematoma retroplacentario impulsa a la placenta hacia la cavidad uterina, primero en su parte central y después el resto. Así, la placenta se invierte y junta con el hematoma para después descender. Puesto que las membranas circundantes aún están unidas a la decidua, la placenta puede descender solo hasta donde se desprende su periferia. En consecuencia, el saco formado por las membranas se invierte y en él se observa el amnios brillante sobre la superficie presenta de la placenta en la vulva.

El hematoma retroplacentario sale después de la placenta o se encuentra dentro del saco invertido. En ese proceso, conocido como mecanismo de Shultze de la expulsión placentaria, la sangre del sitio de inserción placentaria escurre hacia el saco invertido sin escape externo hasta después de la expulsión de la

placenta. En el otro el método de expulsión de la placenta, conocido como método de Duncan, la separación ocurre primero en la periferia y, como resultado, se recolecta sangre entre las membranas y la pared uterina, que escapa hacia la vagina. En estos casos, la placenta desciende hacia la vagina y la cara materna es la primera que aparece en la vulva.

2.2.2 Atonía uterina

1. Definición

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 contracción uterina es el mecanismo más efectivo para controlar la hemorragia fisiológica que supone el alumbramiento. Así la atonía uterina se define como la incompetencia de las fibras miométricas de contraerse adecuadamente después del parto o cesárea, y debido a que rodean a los vasos sanguíneos que abastecen el sitio de implantación placentaria, impiden que se realice una hemostasia fisiológica.²⁹

2. Causas.- Existen una serie de factores que favorecen la aparición de la atonía uterina entre ellos el Anteparto, Intraparto y postparto.

3. Fisiopatología.- Luego de la salida de la placenta, se desencadena un mecanismo fisiológico de suma importancia: Se trata de una potente contracción uterina cuya función es la de cerrar los vasos sanguíneos (vasos uterinos) del útero; gracias a esta contracción el sangrado es mínimo en la puerpera, este mecanismo es denominado ligaduras de Pinard es coadyuvado con los factores de coagulación, dándose la contractilidad y retracción, que es el principal mecanismo de la hemostasia en los vasos que fueron desgarrados durante el parto; cuando este mecanismo no se produce, existe falla en la instauración de las contracciones del miometrio que no se producen en las ligaduras de Pinard ocasionando la inercia uterina con flujo sanguíneo abundante.³⁰

4. Clasificación³¹

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.

5. 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.³²

2.2.3 Puérperas Inmediatas

Se denomina puerperio al período comprendido desde que termina el alumbramiento Inmediato, que comprende las primeras 24 h; siendo de mayor énfasis las primeras 2 horas.³³

2.3 Definiciones Conceptuales

2.3.1 Factores Clínicos

Se define un factor predisponente como una condición clínica que aumenta la posibilidad de sufrir un daño en su salud.³⁴

2.3.2 Atonía Uterina

Presencia de una condición clínica, cuando el útero después de la expulsión de la placenta, no se encuentra firmemente contraído, por lo que se no hay formación del globo de seguridad de Pinard y se palpa por encima del ombligo todo esto acompañado de sangrado vaginal.³⁵

2.3.3 Puérpera

Tiene su origen etimológico en puerperium, un vocablo latino. La noción permite nombrar la etapa que atraviesa una mujer después del parto y antes de recuperar el mismo estado que tenía antes de quedar embarazada.³⁶

2.4 Sistema de Hipótesis

Hipótesis de Investigación

Hⁱ. Los factores clínicos presentan relación significativa con la atonía uterina en puérperas inmediatas. Hospital Regional de Contingencia Hermilio Valdizán Medrano - Huánuco, año 2017.

H⁰. Hipótesis Nula

Los factores clínicos no presentan relación significativa con la atonía uterina en puérperas inmediatas. Hospital Regional de Contingencia Hermilio Valdizán Medrano - Huánuco, año 2017.

2.5 Operacionalización de Variables

2.5.1 Variable 1: Factores Clínicos.

2.5.2 Variable 2: Atonía Uterina.

2.5.1 Operacionalización de Variables: Página siguiente

Nombre de la variable		Dimensiones	Indicadores	Tipo	Escala	Valor Final
Variable 1	Factores Clínicos	Obstétricas Anteparto	Primípara	Cualitativos	Nominal	Dicotómicos
			Múltipara			
			Antecedente Patología Obstétrica			
		Obstétricas Intraparto	Trabajo de Parto Prolongado			
			Periodo Expulsivo Prolongado			
			Descenso Prolongado			
			Desgarros y Laceraciones Cervicales			
			Desgarros Vaginales y Perineales			
		Obstétricas Postparto	Cotiledón Retenido			
			Placenta Retenida			
			Restos Placentarios			
Variable 2	Atonía Uterina	Atonía Uterina	Precoz	Cualitativos	Nominal	Dicotómicos
			Tardía			
Datos Poblacionales	1	Edad	Años Cronológicos	Cualitativos	Nominal	Adolescente Joven Adulta
	2	Instrucción	Estudios Educativos			Analfabeta Primaria Secundaria Técnico Universitario

CAPITULO III

III. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Investigación

Enfoque: Deductivo, porque fue de lo general a lo particular.

Nivel:³⁷ Correlacional, porque relacionó los factores clínicos con la atonía uterina.

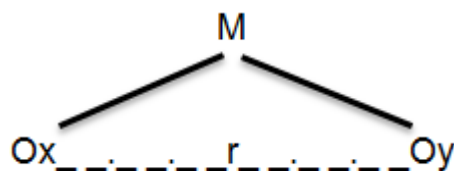
Tipo: El estudio fue de tipo transversal, porque los datos fueron recolectados en una sola ocasión y retrospectivo, porque se recolectaron hechos del pasado, anotación de José Supo.

Diseño:

No experimental, tal como lo menciona el autor: Roberto Hernández Sampieri, porque no manipuló la variable independiente

Descriptivo, Según el Autor José Supo,³⁸ este diseño se origina en el campo de las ciencias de la salud, inicialmente planteando el estudio de los eventos adversos a la salud en poblaciones humanas.

Diagrama:



M= Muestra

Ox= Factores Clínicos

Oy= Atonía Uterina

r = Representa la relación de ambas variables

3.2 Población y Muestra

3.2.1 Universo

Estuvo constituida por todas las puérperas inmediatas del Hospital de contingencia H.V.M, entre los meses de Enero a Diciembre del año 2017, que fueron: 1289

3.2.2 Población

Estuvo constituida por todas las puérperas inmediatas que presentaron Atonía Uterina en el Hospital de contingencia H.V.M entre los meses de Enero a Diciembre del año 2017, que fueron 258 casos.

3.2.3 Muestra

Para la selección de la muestra se utilizó el cálculo muestral para la población finita y conocida:

Dónde:

n: tamaño muestral = ?

N: tamaño de la población = 258

z: valor de distribución de gauss: $z_{\alpha} = 0,05 = 1,96$

p: prevalencia esperada del parámetro a evaluar: $10\% = 0,1$

q: $1 - p$ (si $p = 80\%$, $q = 20\%$) = $0,9$

i: error que se prevé cometer si es del 10% : $i = 0,01$

Fórmula alfa:

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{i^2(N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

Remplazando:

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 258 \cdot 0,8 \cdot 0,2}{0,01(258 - 1) + 1,96^2 \cdot 0,8 \cdot 0,2}$$

$$n = \frac{158,581}{3,18466} = 49,795$$

$$n = 50 \text{ puérperas inmediatas.}$$

3.2.4 Muestreo

El muestreo a utilizar fue el probabilístico, bajo la modalidad aleatoria simple donde no se utilizaron los criterios de inclusión y exclusión, porque todas las puérperas inmediatas se encuentran en la misma posibilidad de ser elegidas. Los elementos de la muestra se elegirán al azar. En la práctica, equivale en sacar al azar de la población objeto del estudio, los elementos que van a formar parte de la muestra. Para esa selección al azar, se usan las tablas de números aleatorios. El muestreo aleatorio simple se aplica fundamentalmente en poblaciones pequeñas y plenamente identificables, citados por el autor: Roberto Hernández Sampieri.

3.2.5 Unidad de Análisis: Puérpera.

3.2.6 Unidad de Muestreo: Puérpera con Diagnostico de Atonía Uterina.

3.2.7 Marco Muestral: Relación de factores clínicos con Atonía Uterina.

Delimitación geográfica, temporal y temática

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Regional de Contingencia Hermilio Valdizán Medrano - Huánuco, en la unidad de archivo central.

3.3 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Técnica: Análisis documental e **Instrumento:** Ficha de análisis.

Plan de actividades:

- 1. Autorización,** se gestionaron los permisos respectivos a la Dirección del Hospital y a la Jefatura del Archivo Central.
- 2. Identificación de casos,** se identificaron a las historias clínicas de las púerperas con diagnóstico de Atonía Uterina.

3. Aspectos éticos

La presente investigación se realizó respetando las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud con protección de seres humanos sujetos a investigación, clasificadas “Ningún Riesgo”.³⁹

- 4. Aplicación de instrumentos,** la recolección de datos, fue realizada por la investigadora utilizando el instrumento.
- 5. Digitación,** una vez obtenida la información fue digitada en una base de datos en Microsoft Excel, la cual fue ingresada diariamente, para luego analizarlo mediante el programa estadístico IBM-SPSS.
- 6. Archivo,** toda la documentación es custodiada por la investigadora.

3.4 Técnicas para el Procesamiento y Análisis de la Información

Realizamos la revisión de los datos en forma crítica, cada uno de los instrumentos a utilizar; asimismo el control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias. Seguido a ello, efectuamos la codificación de los datos según las variables del estudio. Después de ello, se llevó a cabo la clasificación de los datos. Finalmente, se presentan los resultados en tablas académicas y en figuras de las variables en estudio.

Análisis y datos, prueba de hipótesis

Análisis descriptivo. Se analiza de acuerdo a las características de cada una de las variables.

Análisis inferencial. Se considera el coeficiente de correlación de Rho Spearman.

CAPITULO IV

IV. RESULTADOS

4.1 Descripción de la realidad observada

4.2 Conjunto de argumentos organizados:

DATOS POBLACIONALES

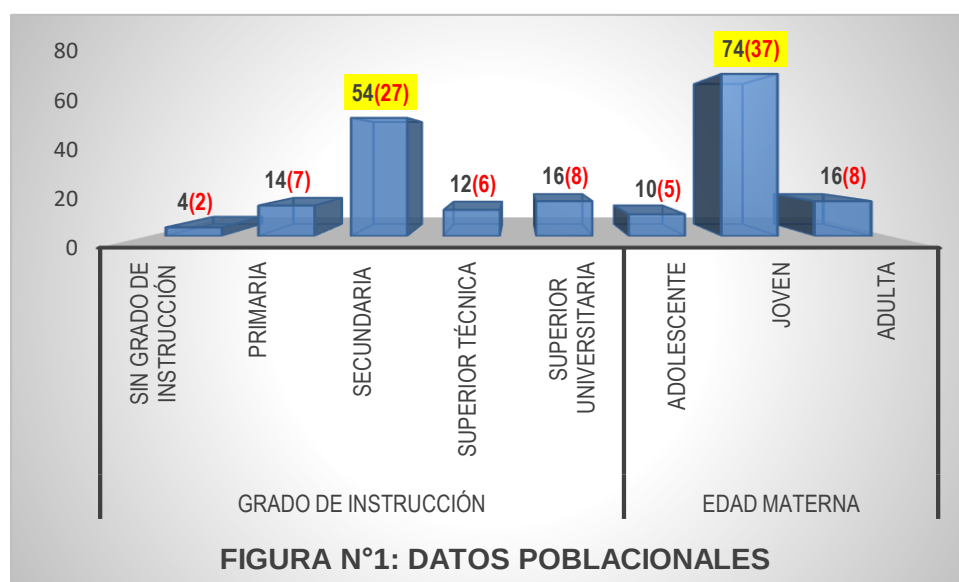
Tabla N°1.

Categoría	n=50	
	Fi	%
Edad materna		
Adolescente	05	10
Joven	37	74
Adulta	08	16
Grado de Instrucción		
Sin grado de instrucción	02	04
Primaria	07	14
Secundaria	27	54
Superior técnica	06	12
Superior universitaria	08	16
Total	50	100

Fuente: Instrumento, Ficha de Análisis.

Análisis e Interpretación de la Tabla:

Respecto a los datos poblacionales, observamos, la edad joven es la que predomina [37 (74%)], seguido con menor frecuencia la considerada adulta [8 (16%)] y en proporción menor la adolescente [5 (10%)]. Así mismo, se observa, el grado de instrucción: secundaria con frecuencia amplia [27 (54%)], y mínimamente sin estudios [2(4%)].



FACTORES CLÍNICOS OBSTÉTRICOS ANTEPARTO

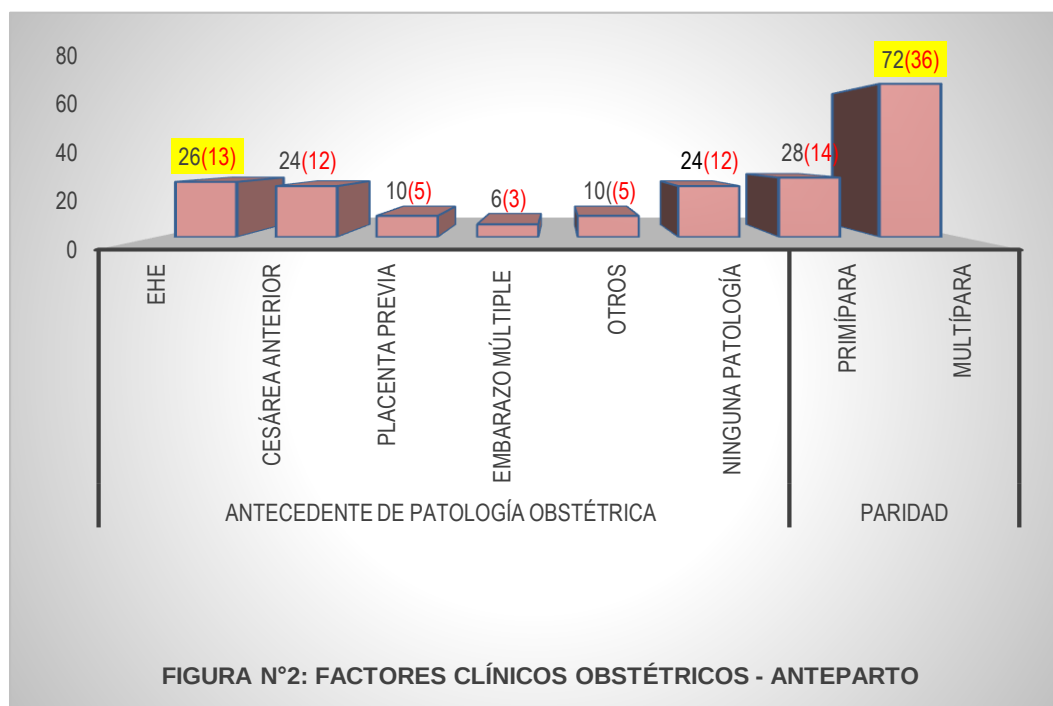
Tabla N°2.

Categoría	n=50	
	Fi	%
Paridad		
Primípara	14	28
Múltipara	36	72
Antecedente de patología obstétrica		
Enfermedad Hipertensiva del Embarazo	13	26
Cesárea anterior	12	24
Placenta previa	05	10
Embarazo múltiple	03	06
Otros	05	10
Ninguna patología	12	24
Total	50	100

Fuente: Instrumento, Ficha de Análisis.

Análisis e Interpretación de la Tabla:

Respecto a los factores clínicos obstétricos antes del parto, evidenciamos, la paridad: primípara [14 (28%)], múltiparas [36 (72%)]; y en los antecedentes obstétricos patológicos, apreciamos, EHE [13 (26%)], cesárea anterior [12 (24%)], y sin patologías [12(24%)].



FACTORES CLÍNICOS OBSTÉTRICOS INTRAPARTO

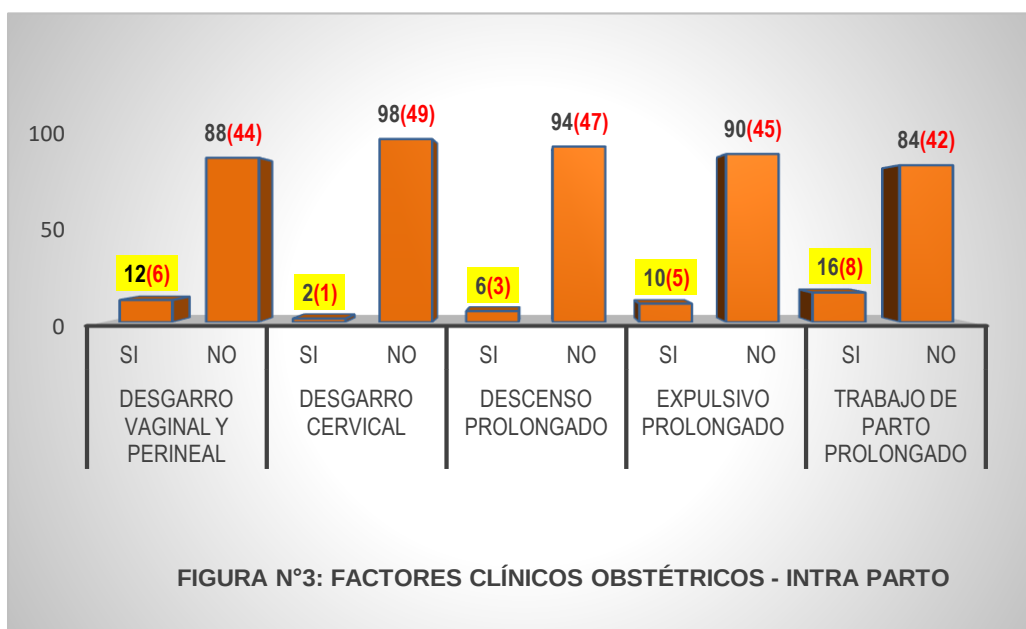
Tabla N°3.

Categoría	n=50	
	Fi	%
Trabajo de parto prolongado		
Si	08	16
No	42	84
Expulsivo prolongado		
Si	05	10
No	45	90
Descenso prolongado		
Si	03	06
No	47	94
Desgarro cervical		
Si	01	02
No	49	98
Desgarro vaginal y perineal		
Si	06	12
No	44	88
Total	50	100

Fuente: Instrumento, Ficha de Análisis.

AAnálisis e Interpretación de la Tabla:

Respecto a los factores clínicos obstétricos durante el parto, se evidencia, trabajo de parto prolongado: Si [8 (16%)], expulsivo prolongado: Si [5 (10%)], descenso prolongado: Si [3 (6%)], desgarro cervical; Si [1 (2%)], desgarro vaginal y perineal: Si [6(12%)].



FACTORES CLÍNICOS OBSTÉTRICOS POST PARTO

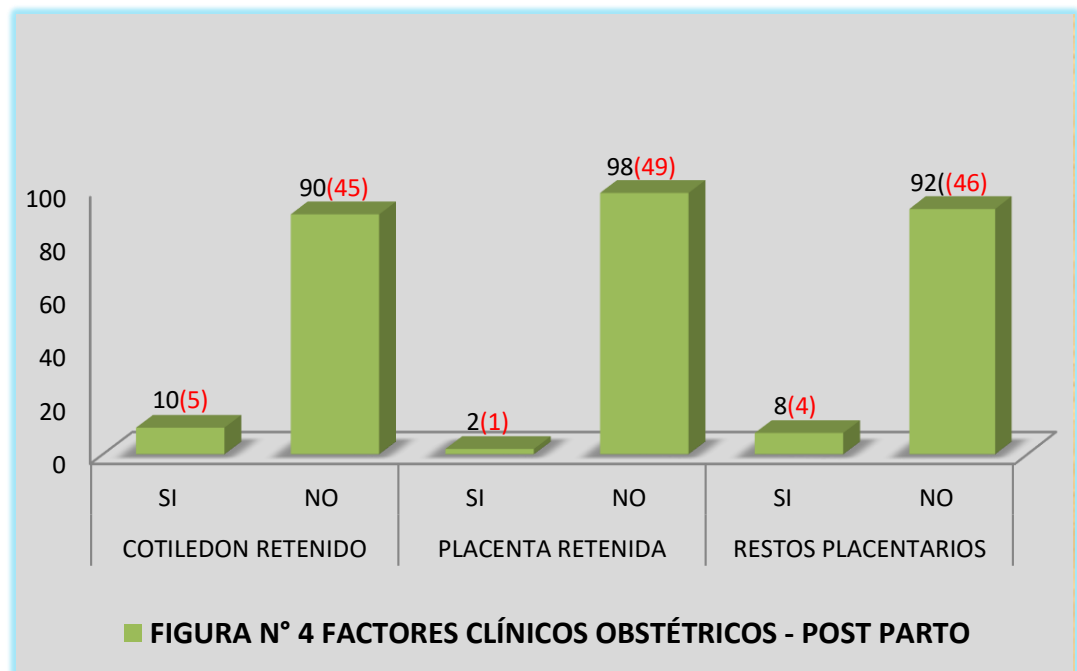
Tabla N°4.

Categoría	n=50	
	Fi	%
Cotiledón retenido		
Si	05	10
No	45	90
Placenta retenida		
Si	01	02
No	49	98
Restos placentarios		
Si	04	08
No	46	92
Total	50	100

Fuente: Instrumento, Ficha de Análisis.

Análisis e Interpretación de la Tabla:

Respecto a los factores clínicos obstétricos posterior al parto, se observa, cotiledón retenido: Si [5 (10%)], placenta retenida: Si [1 (2%)], restos placentarios: Si [4 (8%)].



CLASIFICACIÓN DE ATONÍA UTERINA

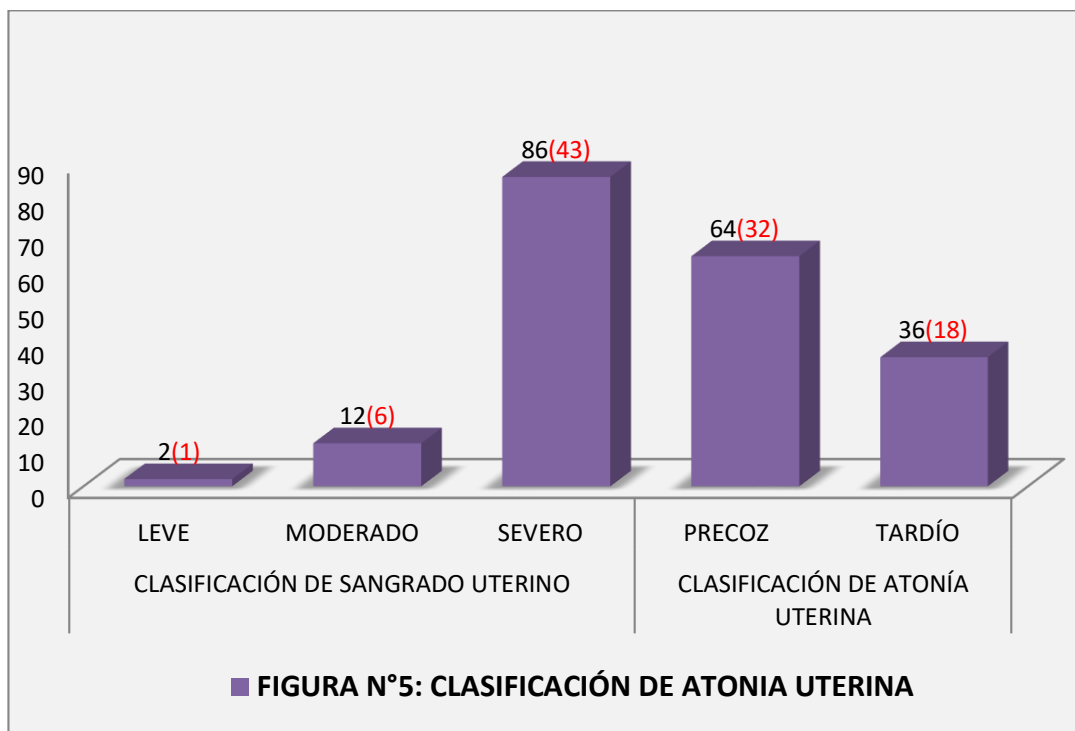
Tabla N°5.

Categoría	n=50	
	Fi	%
Clasificación de atonía uterina		
Precoz	32	64
Tardío	18	36
Clasificación de sangrado uterino		
Leve	01	02
Moderado	06	12
Severo	43	86
Total	50	100

Fuente: Instrumento, Ficha de Análisis.

Análisis e Interpretación de la Tabla:

Respecto a la clasificación de atonía uterina, evidenciamos, precoz [32 (64%)], y tardío [18 (36%)]; así mismo el sangrado uterino se clasificó: leve [1 (2%)], moderado [6 (12%)], y severo [43 (86%)].



4.3 Estadígrafo

Cuadro N°1

FACTORES CLÍNICOS OBSTÉTRICOS ANTE PARTO

Categoría	Atonía Uterina		Estadística
Ante Parto	Si	No	Correlación de Rho Spearman
	Si	No	
Si	38	50	0,90
No	12	00	

Análisis e Interpretación: Los factores clínicos obstétricos antes del parto y la atonía uterina están correlacionadas, porque la prueba de correlación de Spearman muestra un resultado cercano de 1 [-1:1], donde H_1 : Existe relación entre las dos variables, por lo cual se rechaza la hipótesis nula.

Cuadro N°2

FACTORES CLÍNICOS OBSTÉTRICOS INTRA PARTO

Categoría	Atonía Uterina		Estadística
Intra Parto	Si	No	Correlación de Rho Spearman
	Si	No	
Si	23	50	0,70
No	27	00	

Análisis e Interpretación: Los factores clínicos obstétricos intra parto y la atonía uterina están correlacionadas, porque la prueba de correlación de Spearman muestra un resultado cerca de 1 [-1:1], donde H_1 : Existe relación entre las dos variables, por lo cual se rechaza la hipótesis nula.

Cuadro N°3

FACTORES CLÍNICOS OBSTÉTRICOS POST PARTO

Categoría	Atonía Uterina		Estadística
Intra Parto	Si	No	Correlación de Rho Spearman
	Si	No	
Si	10	50	0,510
No	40	00	

Análisis e Interpretación: Los factores clínicos obstétricos post parto y la atonía uterina están correlacionadas, porque la prueba de correlación de Spearman muestra un resultado cerca al 1 [-1:1], donde H_1 : Existe relación entre las dos variables, por lo cual se rechaza la hipótesis nula.

V. DISCUSIÓN

La atonía uterina, es una de las patologías más frecuentes en el puerperio, siendo la única forma de prevenir, actuar antes de instalada la patología, conociendo los factores causales en el ante, intra y post parto; nos permite establecer acciones obstétricas ante la hemorragias, manejando la clave roja correctamente, y asegurando la atención en un Establecimiento de capacidad resolutive FONE, de ser así realizar las coordinaciones pertinentes para la atención inmediata de la emergencia obstétrica.

Los factores investigados, están estrechamente relacionados con la patología clínica, antes del parto, existe una correlación casi perfecta, con el embarazo múltiple, posiblemente dado la sobre distensión del útero y su poca capacidad de contraerse por la misma razón; en el caso de aquellas que fueron cesareadas con anterioridad, existe la presencia de la cicatriz uterina, y la resistencia de los músculos uterinos de contraerse con facilidad, desencadenándose la atonía uterina. En el intra parto, la demora en la dilatación, el descenso y el expulsivo del feto, conlleva a problemas de agotamiento materno y por consiguiente, el útero sin la oxigenación adecuada y alargada en su proceso de funcionamiento fisiológico, llevaría a no contraerse adecuadamente, resultando en atonía uterina. Finalmente sustentamos que en el post parto cuando existe retención de cotiledones, membranas o restos placentarios, el lecho placentario sangra desmedidamente por falta de contracción, desencadenándose esta patología grave en la mujer, colindando con mortalidad materna.

VI. CONCLUSIONES

Al finalizar la presente tesis concluimos:

1. Los datos poblacionales predominantes fueron: Edad joven (74%); grado de instrucción, secundaria completa (54%).
2. Los factores clínicos obstétricos antes del parto con mayor porcentaje fueron: Multiparidad (72%); antecedente de patología obstétrica, enfermedad hipertensiva del embarazo (26%), cesárea anterior (24%).
3. Los factores clínicos obstétricos durante el parto fueron en etapas prolongadas: Trabajo de parto (16%); expulsivo (10%), descenso (6%), desgarros vaginales, perineales (12%).
4. Los factores clínicos obstétricos después del parto, fueron en condición de retención: Cotiledón (10%); placenta (2%), restos placentarios (8%).
5. La clasificación de atonía uterina: Precoz (64%), y tardío (36%); Sangrado uterino: Leve (2%), moderado (12%), y severo (86%).

Concluimos que: Los factores clínicos presentan relación significativa con la atonía uterina en puérperas inmediatas. Hospital Regional de Contingencia Hermilio Valdizán Medrano - Huánuco, año 2017; probadas mediante el estadígrafo Rho Spearman y rechazando la hipótesis nula.

VII. RECOMENDACIONES

- Considerar los factores de riesgo asociadas a atonía uterina presentados en este estudio para evitar la incidencia de esta patología.
- Identificar a la paciente múltipara para una vigilancia estricta durante la atención de parto.
- Realizar correctamente la evaluación de la paciente en trabajo de parto e identificar la labor disfuncional.
- Recomendar y sensibilizar a la gestante sobre la importancia de la atención prenatal.
- Se deben consignar en las historias clínicas datos completos para proporcionar información veraz y eficaz.
- Capacitación continua en Emergencias Obstétricas.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Saavedra D. La atonía uterina se cataloga como el principal factor de muerte perinatal en el mundo. On line: [<http://www.abcdelbebe.com/la-atonia-uterina-se-cataloga-como-el-principal-factor-de-muerte-perinatal-en-el-mundo>] visitado (5.Feb.2018).
2. Távara L. Estado actual de la mortalidad materna en el Perú. Rev. Sociedad Peruana de Gineco Obstetricia. Perú. 2000; 45 (2): 7-9.
3. Regiones con altas tasas de mortalidad materna enfrentan serios desafíos para asegurar la calidad en la atención de la salud materna. Lima: Fondo de Población de las Naciones Unidas en el Perú; 2017.
4. Centro Nacional de Epidemiología. Mapa de distribución de muertes maternas. Lima: Ministerio de Salud del Perú; 2017.
5. Calle A, Barrera M, Guerrero A. Diagnóstico y manejo de las hemorragias postparto. Ecuador. Rev. Per Ginecol Obstet. 2015; 54:233-243.
6. Maylén J, Ferreiro L, Esteban J. Predictores de atonía uterina. Cuba. 2015; pp. 8-9.
7. Karlsson C y Pérez Sanz. Causas y los factores de la atonía uterina. España. 2010; pp. 12-15.
8. Reyes O. Riesgo de hemorragia posparto en la paciente múltipara. Hospital Santo Tomas. 2009. Mendoza, Argentina. 2010. On line: [<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0210573X10000201?via=sd&cc=y>] visitado (5. Feb.2018).

9. Flores B. Hemorragia postparto por atonía uterina en primigesta atendida en un hospital de nivel III, Lima 2017. Perú, Moquegua. 2017; pp. 1-89.
10. Rodríguez E. Factores asociados a la atonía uterina. 2009 - 2013. Perú, Lima. 2013; Pp. 83. On line: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/rodriguez_se/introd.pdf] visitado (7. Feb.2018).
11. Gaspar J. Factores e incidencia de la hemorragia en el post parto. Hospital Regional Hermilio Valdizán 2000. Perú, Huánuco. 2001; pp. 76.
12. Orlando R. Factores Clínicos. Rev. Ginecología y obstetricia. Cuba, La Habana. 2004; pp.2.
13. Calle A, Barrera M, Guerrero A. Diagnóstico y manejo de las hemorragias postparto. Ecuador. Rev Per Ginecol Obstet. 2015; 5 4:235.
14. Cunningham G, et al. Obstetricia de Williams. 22^a ed. México DF: Interamericana. 2005; pp. 207.
15. Cunningham G, et al. Ibíd.: pp. 905.
16. Portillo H, et al. Obstetricia. Chile: Interamericana SA. 2005; pp. 315.
17. Diagnóstico y manejo del embarazo múltiple. Rev. Guía y manejo de la práctica clínica. México DF: Instituto mexicano de seguridad social. 2013; pp.2.
18. Casale A, et al. Guía de procedimientos en obstetricia. Argentina, Buenos Aires. 2004; pp. 85.

19. Conde F. Sánchez R, Carrillo M y et al. Manejo de polihidramnios. España. 2013; pp. 5-6.
20. Ortiz C, Samper R. Trastorno hipertensivo gestacional, factores predisponentes y complicaciones en pacientes hospitalizadas en la clínica humanitaria Enero 2015- Junio 2017. Ecuador. 2018; pp.5.
21. Ortiz C, Samper R. *Ibíd.*: pp. 47-57.
22. Calle A, Barrera M, Guerrero A. Diagnóstico y manejo de las hemorragias postparto. Ecuador. Rev. Per Ginecol Obstet. 2015; 5 4:222.
23. Calle A, Barrera M, Guerrero A. *Op Cit.*: pp.238.
24. Chavarry F, Cabrera R, Díaz J. Perfil del embarazo prolongado en pacientes de un hospital general. Rev. Med Hered v.20 n.4 Lima oct./dic. 2009.
25. Lazo A y Franco M. Factores de riesgo asociados a la retención de placenta y/o membranas ovulares en partos a término, Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, Enero a Diciembre del 2015. Arequipa: Universidad Católica de Santa María. 2015; pp. 5.
26. Calle A, Barrera M, Guerrero A. *Op Cit.*: pp.239.
27. Canchila C, Laguna H, Paternina A, Arango A, De la Barrera A. Prevención de la hemorragia post parto. Cartagena de Indias: Universidad de Cartagena de Colombia; 2009.
28. Cunningham G, et al. *Op. Cit.*, pp. 160-162.
29. Pérez H, et al. Hemorragia postparto Rev. Anales Sis San Navarra. 2009; 1(32): 7-8.

30. 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).
31. Cruz T. Hemorragia post parto - atonía uterina. Perú, Ica. 2016; pp.21.
32. Pérez H, et al. Hemorragia postparto Rev. Anales Sis San Navarra. 2009; 1(32): 5-6.
33. Ministerio de Salud del Perú. Protocolo de atención del puerperio fisiológico. 2017; pp.119.
34. Academia Europea de Pacientes. Factores de riesgo en la salud y la enfermedad. Suecia. 2008; pp. 119.
35. Mendoza G. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre hemorragia postparto que tiene el personal médico y de enfermería del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe, II Semestre 2014". Nicaragua. 2014; pp. 101.
36. Pérez J, Gardey A. Definiciones médicas. España. 2018.
37. Supo J. Seminarios de Investigación Científica. Sinopsis del libro 2014. Perú, Arequipa. 2014; pp. 3 – 4.
38. Supo J. Ibíd.: pp. 5 – 11.
39. Manual de procedimientos de la oficina de protección de seres humanos sujetos a investigación. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2002; pp. 18-22.

ANEXOS

Apéndice y Anexos

INSTRUMENTO FICHA DE ANÁLISIS

Código:.....

Fecha: ____ / ____ / ____

I. DATOS POBLACIONALES:

1. Edad materna

- | | | |
|------------------|-----|---------------|
| Edad adolescente | () | 10 a 19 años |
| Joven | () | 20 a 34 años |
| Adulta | () | 35 a más años |

2. Instrucción

- | | | |
|------------------|-----|-----------------------|
| Analfabeta | () | Sin instrucción |
| Primaria | () | Completa e Incompleta |
| Secundaria | () | Completa e Incompleta |
| Superior Técnica | () | Completa e Incompleta |
| Universitaria | () | Completa e Incompleta |

FACTORES CLÍNICOS OBSTÉTRICOS

A. ANTEPARTO:

3. Paridad: _____

4. Presentó patología obstétrica:

- a. Antecedente de pre eclampsia
- b. Antecedente de hemorragia uterina post parto
- c. Antecedente de enfermedades de coagulación
- d. Antecedentes de otras patologías: _____
- e. Ninguna patología

B. INTRAPARTO:

5. Trabajo de parto prolongado

No ()

Si ()

¿Cuántas horas inicio dilatación en la fase activa? _____

6. Expulsivo prolongado

No ()

Si ()

¿Cuánto tiempo periodo expulsivo? _____

7. Descenso de presentación prolongado

No ()

Si ()

¿Cuánto tiempo duro el descenso? _____

8. Desgarros y laceraciones cervicales

No ()

Si ()

¿A qué nivel del cuello uterino? _____

9. Desgarros y laceraciones vaginales

No ()

Si ()

¿A qué nivel de la vagina? _____

10. Desgarros y laceraciones perineales

No ()

Si ()

¿A qué nivel del periné? _____

C. POST PARTO:

11. Cotiledón retenido

No ()

Si ()

¿Cuántos? _____

12. Placenta retenida

No ()

Si ()

¿Parcial? _____

¿Total? _____

13. Restos placentarios

No ()

Si ()

¿Cuánto? _____

II. ATONÍA UTERINA:

14. Hubo Atonía Uterina

Precoz ()

Tardío ()

15. Hubo Sangrado Uterino

Leve () 1000 - 1500 CC.

Moderado () 1500 - 2000CC.

Severa () 2000CC, a más

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO
¿Cuáles son los factores clínicos relacionados a la atonía uterina en puérperas inmediatas. Hospital Regional de Contingencia Hermilio Valdizán Medrano - Huánuco, año 2017?	Relacionar los factores clínicos con la atonía uterina en puérperas inmediatas. Hospital de Contingencia Hermilio Valdizán Medrano - Huánuco, año 2017. OBJETIVOS ESPECIFICOS -Caracterizar los datos de la población de estudio Identificar los factores clínicos obstétricos anteparto de puérperas inmediatas que desarrollaron atonía uterina. Identificar los factores clínicos obstétricos intraparto de puérperas inmediatas que desarrollaron atonía uterina. Identificar los factores clínicos obstétricos postparto de puérperas inmediatas que desarrollaron atonía uterina. Clasificar la Atonía Uterina en puérperas inmediata	Hi Los factores clínicos presentan relación significativa la atonía uterina en puérperas inmediatas. Hospital de Contingencia Hermilio Valdizán Medrano - Huánuco, año 2017 H⁰ Los factores clínicos no presentan relación significativa la atonía uterina en puérperas inmediatas. Hospital de Contingencia Hermilio Valdizán Medrano - Huánuco, año 2017.	Variable 1: Factores Clínicos Variable 2: Atonía Uterina	Tipo de investigación: Retrospectivo Transversal Nivel de investigación: Correlacional Diseño: No experimental Descriptivo de dos variables.