



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTETRICIA**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO DE OBTETRIZ

TEMA:

HEMORRAGIA POSTPARTO Y SU RELACIÓN CON ATONÍA UTERINA EN MUJERES MULTÍPARAS MENORES DE 30 AÑOS DEL HOSPITAL DR. NICOLÁS COTO INFANTE DE VINCES, PROVINCIA DE LOS RÍOS, PERIODO MAYO-SEPTIEMBRE 2019.

AUTORA:

LASKMY RAYANNY PAZMIÑO AVILÉS

TUTOR:

DR. ANDRÉS ESCUDERO

BABAHOYO - LOS RIOS - ECUADOR

2018 – 2019

Contenido

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
TEMA.....	III
RESUMEN.....	IV
SUMMARY	V
INTRODUCCION.....	VI
CAPITULO I.....	1
1. PROBLEMA.....	1
1.1. MARCO CONTEXTUAL	1
1.1.1. CONTEXTO INTERNACIONAL.....	1
1.1.2. CONTEXTO NACIONAL	1
1.1.3. CONTEXTO REGIONAL	2
1.1.4. CONTEXTO LOCAL Y/O INSTITUCIONAL.....	2
1.2. SITUACION PROBLEMÁTICA.....	3
1.3. Planteamiento Del Problema.....	4
1.3.1. Problema General	4
1.3.2. Problemas derivados	4
1.4. Delimitación de la Investigación	5
1.5. Justificación	6
1.6. Objetivos	7
1.6.1. Objetivo General.....	7
1.6.2. Objetivos específicos.....	7
CAPITULO II	8
2. MARCO TEORICO	8
2.1. Marco teórico.....	8
2.1.1. Hemorragia post parto	8
2.1.1.1. PRINCIPALES CAUSAS	14
2.1.1.3. Clasificación de la hemorragia posparto	15
2.1.1.4. FACTORES RELACIONADOS CON LA PÉRDIDA DEL TONO	15
2.1.1.5. Diagnóstico de la atonía y hemorragia posparto	16
2.1.1.6. Medidas para controlar la Hemorragia	17
2.1.1.7. MANEJO DE LA HEMORRAGIA OBSTETRICA.....	18
2.1.1.7.1. Evaluación del estado del paciente.....	18
2.1.1.7.2. Manejo de la hemorragia posparto primaria	18

2.1.1.7.2.1.	MATEP	18
2.1.1.7.2.2.	BALON DE BACKRI	20
2.1.1.7.2.4.	TRAJE ANTI SHOCK	21
2.1.1.7.2.4.1.	Características y Componentes	22
2.1.1.7.2.4.2.	Mecanismo de acción	22
2.1.1.7.3.	Monitorización del paciente	24
2.1.1.7.4.	Manejo activo en una etapa de parto	24
2.1.1.7.5.	Fase de dilatación	26
2.1.1.7.6.	Fase expulsiva	27
2.1.1.7.7.	Fase de alumbramiento	28
2.1.2.	ATONIA UTERINA	29
2.1.2.1.	Causas principales	30
2.1.2.2.	DIAGNOSTICO	31
2.1.2.3.	Factores de riesgo en la atonía uterina	32
2.1.2.5.	COMO EVITAR ESTA COMPLICACION	33
2.2.	Antecedentes referenciales	35
2.3.	Marco Conceptual	37
2.4.	Hipótesis	38
2.4.1.	Hipótesis general	38
2.5.	Variables	38
2.5.1.	Variable independiente	38
2.5.2.	Variable dependiente	38
2.5.3.	Variable interviniente	38
2.5.4.	Operacionalización de las Variables	39
CAPITULO III	41
3.	METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	41
3.1.	Método de investigación	41
3.2.	Modalidad de la investigación	41
3.3.	Tipo de investigación	41
3.4.	Técnicas e instrumentos de recolección de la información	41
3.4.1.	Técnicas	41
3.4.2.	Instrumento	42
3.5.	Población y muestra	42
3.5.1.	Población	42
3.5.2.	Muestra	42

3.6	Cronograma del Proyecto	44
3.7	RECURSOS	45
3.7.2.	Recursos económicos	45
3.8.	Plan de tabulación	46
3.8.2.	Procesamiento y análisis de los datos	46
CAPITULO IV		47
4.	Resultados de la investigación	47
4.1.	Resultados obtenidos en la investigación.	47
4.2.	CONCLUSIONES	57
4.3.	RECOMENDACIONES	58
CAPITULO V		59
5.4.	ANTECEDENTES	59
5.5.	JUSTIFICACION	60
5.6.	OBJETIVOS DEL SISTEMA DE ACCIONES	61
5.6.1.	OBJETIVO GENERAL	61
5.6.2.	OBJETIVOS ESPECIFICOS	61
5.7.	Aspectos básicos de la Propuesta de Aplicación	62
5.5.1.	Componentes	67
5.9.	Resultados esperados de la Propuesta de Aplicación	70
5.9.1.	Resultados esperados	70
5.9.2.	Alcance de La alternativa	70
Bibliografía		71
ANEXOS		76
Anexo 1.- MATRIZ DE PROBLEMATIZACION		76
Anexo 2.- INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS HOJA DE EXCELL		77
ANEXO 3.- FICHA PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS		78
Anexo 4.- Fotografías de la recolección de datos		79
Anexo 5.-manejo de hemorragia		81
INDICE DE TABLAS		82
INDICE DE GRAFICOS		82
INDICE DE ILUSTRACIONES		82

DEDICATORIA

En primer lugar, este proyecto se lo dedico a Dios porque gracias a él puedo gozar un día más de vida.

Dedico mi tesis con todo mi amor y cariño a mi amado padre por haberme apoyado siempre y motivarme a terminar mis estudios y aunque hoy no esté a mi lado sé que me mira desde el cielo y se siente orgulloso por todo lo que eh logrado.

A mí amado hijo por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un mejor futuro.

A querida madre y hermana por su apoyo moral durante toda la etapa universitaria los cuales siempre estaban al pendiente de cada año que pasaba para así vivir juntas la alegría y metas que se iban cumpliendo.

A mi esposo por el apoyo brindado y nunca haberme dejado sola en todo este proceso, por creer en mi capacidad y brindarme su comprensión y cariño.

LASKMY RAYANNY PAZMIÑO AVILÉS

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento es principalmente a mi pilar en todo momento y que nunca me abandono en cada paso que di Dios, por alumbrar mi camino y a mi familia por su apoyo absoluto.

A mi Universidad y a las personas que forman parte de la Carrera de Obstetricia, por ser mi guía y por formarme como persona y profesional durante todos los ciclos de la carrera.

Al Hospital Dr. Nicolás Coto Infante de Vinces; por abrirme sus puertas y darme su apertura para llevar a cabo este trabajo.

Finalmente, agradezco a todas las personas que formaron parte en el desarrollo de este trabajo, gracias infinitas hacia ustedes.

LASKMY RAYANNY PAZMIÑO AVILÉS

TEMA

Hemorragia Postparto y su relación con Atonía Uterina en mujeres multíparas menores de 30 años del Hospital Dr. Nicolás Coto Infante de Vinces, Provincia de los Ríos, Periodo mayo -septiembre 2019

RESUMEN

En el presente informe final de tesis se determinó la relación de la atonía uterina con la hemorragia post parto en mujeres multíparas menores de 30 años, atendidas en el Hospital Dr. Nicolás Coto Infante de Vinces, en el periodo de Mayo-Septiembre del 2019, en el desarrollo de esta investigación se tratan variables que le dan la viabilidad al estudio. La recolección de información tuvo como unidad de análisis las historias clínicas de las mujeres atendidas en el hospital, por lo que en el transcurso de la investigación se trabajó con una muestra de 169 mujeres de las cuales 79 gestantes fueron atendidas por parto vaginal y 90 atendidas por cesárea, los datos fueron recolectados de manera intencional y no se utilizó ninguna fórmula para obtener la muestra por lo cual se pudo observar que padecieron atonía uterina y hemorragia post parto, mediante lo cual se pudo cumplir con los objetivos planteados y obtener las respectivas conclusiones. El tipo de investigación utilizado fue carácter descriptivo, retrospectivo, transversal, por lo cual se elaborará un sistema de acciones dirigida al personal médico para que puedan contribuir a la disminución de la aparición de la atonía uterina y hemorragias pos parto en la mujer multípara.

Palabras claves: Atonía Uterina, Hemorragia post parto; mujeres multíparas.

SUMMARY

In this final thesis report, the relationship between uterine atony and postpartum hemorrhage in multiparous women under 30 years of age, treated at Dr. Nicolás Coto Infante de Vincas Hospital, was determined in the period May-September 2019, in the development of this research, variables that give the feasibility of the study are treated. The information collection had as an analysis unit the medical records of the women treated in the hospital, so during the investigation, a sample of 169 women was worked, of which 79 pregnant women were treated by vaginal delivery and 90 attended By caesarean section, the data were collected intentionally and no formula was used to obtain the sample, so it was observed that they suffered from uterine atony and postpartum hemorrhage, whereby the stated objectives could be fulfilled and the respective conclusions obtained. . The type of research used was descriptive, retrospective, cross-sectional, so a system of actions will be developed aimed at medical personnel so that they can contribute to the decrease in the appearance of uterine atony and postpartum hemorrhages in multiparous women.

Keywords: Uterine Atony, Postpartum hemorrhage; multiparous women.

INTRODUCCION

La hemorragia post parto es una de las principales emergencias obstétricas, la tasa de mortalidad materna por esta causa oscila entre 30 y 50%, esta representa un sangrado excesivo que se produce al concluir el parto y se presenta entre el uno el 1 al 5 %, apareciendo con más frecuencia en el parto por cesárea, siendo importante resaltar que esta hemorragia puede producirse en dos momentos los cuales son antes o después de la expulsión de la placenta, siendo así una de las complicaciones obstétricas que tiene un alto porcentaje de mortalidad.

Precisamente lo antes tratados condiciona la importancia del tema que fundamenta la escritura del presente informe final de tesis, en el que aborda la importancia de conocer la Hemorragia postparto como la primera causa de muerte materna más frecuente en el Ecuador, por lo que esta representa un sangrado excesivo que en ocasiones se produce de manera inmediata o después de un tiempo prolongado al parto, esta es considerada como una complicación obstétrica que repercute de manera negativa en la vida de la mujer, esta actividad investigativa se desarrolló en el periodo comprendido entre mayo-septiembre de 2019.

CAPITULO I

1. PROBLEMA

1.1. MARCO CONTEXTUAL

1.1.1. CONTEXTO INTERNACIONAL

Una de las metas principales de la OMS consiste en la disminución de la mortalidad materna. La hemorragia post parto aún sigue siendo una de las principales causas de mortalidad materna a nivel mundial, por ello se ha implementado guías para el manejo práctico y eficaz para los servicios de atención obstétrica que manejen estos casos (MSP, 2016).

1.1.2. CONTEXTO NACIONAL

Estudio de fuentes bibliográficas realizada por la autora del presente trabajo reveló que la prevalencia de la Hemorragia Postparto en madres multíparas es del 7%; y se presenta con mayor frecuencia en el grupo de edades comprendido entre 16 -25 años en un elevado 64.5%, el porcentaje de muertes maternas por esta causa es del 14.91% (Chaves, 2016).

Por lo general en Ecuador la hemorragia post parto en mujeres multíparas tiene un porcentaje del 7%; y se presentó con mayor frecuencia en el grupo de edad entre 17-25 años con el 64.3%, en unión libre con un 47.3%, en primíparas con un 63%, en embarazadas con peso normal el 52.6%, y en mujeres con embarazos entre 37-40.6 semanas con un 63.1%, en parto por cesárea el 53% (Chaves, 2016)

1.1.3. CONTEXTO REGIONAL

En la Región Costera, Zona 5 en la cual se produjo la ejecución de la investigación se observó que la aparición de hemorragia del post parto aparece en el 46 % de las mujeres atendidas en los hospitales de la zona costera, existiendo otras complicaciones en el 34 % de ellas la situación incentiva a la búsqueda inmediata de soluciones con la erradicación o al menos a la disminución complicaciones obstétricas estudiadas (Chaves, 2016).

1.1.4. CONTEXTO LOCAL Y/O INSTITUCIONAL

En la localidad considerada como objeto de estudio la situación no se aleja de manera significativa de las apreciadas en el contexto regional, ya que se reporta que de las mujeres atendidas en el Hospital Nicolás Coto infante, es el 65% aproximadamente las que tienen menos de 30 años de edad y de ellas el 53 % han presentado hemorragia del post parto (Chaves, 2016).

1.2. SITUACION PROBLEMÁTICA

En el mundo asumiendo publicaciones de OMS en el año 2014, diariamente mueren cerca de 400 mujeres, por causa de hemorragia en el post parto y 600 en el desarrollo del embarazo, como se puede apreciar la situación es alarmante y demanda la búsqueda de soluciones que devuelvan la tranquilidad a la población femenina mundial. Se destaca que el 99 % de las muertes ocurrieron en países subdesarrollados, entre ellos Ecuador (OMS, 2014).

La Hemorragia postparto es la primera causa de muerte materna más frecuente en el Ecuador, por lo cual se considera que una hemorragia representa un sangrado excesivo que en ocasiones se produce de manera inmediata o después de un tiempo prolongado al parto, por lo cual es estimada como una complicación obstétrica que repercute de manera negativa en la vida de la mujer (MSP, 2014).

1.3. Planteamiento Del Problema

1.3.1. Problema General

¿Cuál es la relación que existe entre la Hemorragia Postparto y la Atonía Uterina en mujeres multíparas menores de 30 años del Hospital Dr. Nicolás Coto Infante de Vinces, Provincia de los Ríos, Periodo mayo-septiembre 2019?

1.3.2. Problemas derivados

- ¿Con que frecuencia se presenta la hemorragia post parto en mujeres multíparas menores de 30 años?
- ¿Cómo se relaciona la frecuencia de hemorragia post parto con la aparición de atonía uterina?

1.4. Delimitación de la Investigación

Se ubica dentro de los lineamientos establecidos en la Universidad Técnica de Babahoyo, para la facultad de Ciencias de la salud.

Área de Investigación. - Hospital Dr. Nicolás Coto Infante de Vinces.

Delimitación temporal. - El desarrollo de la investigación se desarrolla entre Mayo-Septiembre del 2019.

Delimitación espacial. - Hospital Dr. Nicolás Coto Infante, cantón Vinces, provincia de los Ríos.

Contenido: Atonía uterina, Hemorragia post parto, mujeres multíparas.

1.5. Justificación

La ejecución de este estudio tiene como objetivo determinar la relación entre las hemorragias postparto y la atonía uterina en las mujeres multíparas menores de 30 años del Hospital Dr. Nicolás Coto Infante de la Ciudad de Vinces, Provincia de Los Ríos, en el periodo comprendido entre mayo hasta septiembre 2019, esperándose tener como resultado final un modelo que podría solucionar el problema asumido.

Durante décadas la muerte materna siempre ha sido considerada como una catástrofe social, debido que puede ser evitable, esta es causada en primer lugar por hemorragia posparto, debido a los diversos estudios que han sido realizados en distintos países, se dice que no existe un consenso que solucione dicha problemática, ni cómo prevenirla por lo que se considera necesario realizar estudios y plantear planes de acción acerca del manejo de la hemorragia postparto.

1.6. Objetivos

1.6.1. Objetivo General

Determinar la relación entre la Hemorragia Postparto y la Atonía Uterina en mujeres multíparas menores de 30 años del Hospital Dr. Nicolás Coto Infante de Vinces, Provincia de los Ríos, Periodo Mayo – septiembre 2019.

1.6.2. Objetivos específicos

- Determinar la frecuencia con la que se presenta la hemorragia post parto en mujeres multíparas menores de 30 años.
- Relación entre la frecuencia de hemorragia post parto con la aparición de atonía uterina.

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

2.1. Marco teórico

2.1.1. Hemorragia post parto

La Hemorragia Postparto (HPP) es definida como una pérdida de sangre mayor a 500 ml en un parto por vía vaginal y mayor a 1.000 ml en partos por cesárea, se considera difícil la medición exacta del volumen de sangre que genera dicha perdida. (Solari, 2014)

Arce nos dice que “la atonía uterina puede afectar específicamente el segmento uterino inferior y cuello al tener menos fibras del miometrio, la atonía uterina afecta 1 de cada 20 nacimientos, causando el 80% de los casos de hemorragia post parto” (Arce., 2014).

La hemorragia postparto es una de las complicaciones obstétricas más temidas y es una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo; universalmente se define como la pérdida hemática superior a 500 ml tras un parto vaginal o a 1.000 ml tras una cesárea; la hemorragia postparto precoz (HPP) es aquella que ocurre durante las primeras 24 horas tras el parto y es generalmente la más grave.

Las causas de HPP incluyen atonía uterina, traumas/laceraciones, retención de productos de la concepción y alteraciones de la coagulación, siendo la más frecuente la atonía; el diagnóstico es clínico y el tratamiento ha de abarcar unas medidas generales de soporte vital y otras más específicas de carácter etiológico, afortunadamente, es potencialmente evitable en la mayoría de los casos si se sigue una adecuada estrategia de prevención activa y sistemática en la fase de alumbramiento de todos los partos (Karlsson & Perez, 2009).

Aspectos primordiales del manejo de la HPP

1. Trabajar siempre en equipo previamente sensibilizado y capacitado.
2. El tiempo es crítico, si la paciente no se recupera rápidamente del choque, la probabilidad de supervivencia disminuye a medida que transcurre la primera hora.
3. Reconocer que el organismo tolera mejor la hipoxia que la hipovolemia, por esto la estrategia de reanimación del choque hipovolémico en el inicial, se basa en el reemplazo adecuado del volumen perdido calculado por los signos y síntomas de choque.
4. La reposición de volumen se debe hacer con solución de cristaloides, bien sea solución salina 0,9%, o solución de Hartman. Actualmente no se recomienda el uso de soluciones coloidales como almidones, albúmina, celulosa, porque son más costosas y no ofrecen ventajas en cuanto a la supervivencia.
5. La reposición volumétrica debe ser de 3 ml de solución de cristaloides por cada ml de sangre perdida. A los sesenta minutos de la infusión de cristaloides solo el 20% de la solución permanece eficiente en el espacio intravascular, por esta razón es necesario evaluar permanentemente la reposición de los líquidos y su distribución en los espacios intersticiales auscultando los campos pulmonares.
6. La disfunción de la cascada de la coagulación comienza con la hemorragia y la terapia de volumen para reemplazo y es agravada por la hipotermia y la acidosis. De tal forma que si en la primera hora no se ha corregido el estado de choque hipovolémico ya se debe considerar la posibilidad de una coagulación intravascular diseminada

establecida, que se ve agravado para la clásica tríada mortal (hemorragia, hipotermia y acidosis).

7. En caso de choque severo la primera unidad de glóbulos rojos se debe iniciar en un lapso de quince a veinte minutos máximo.
8. La hipoperfusión tisular durante el choque y durante la recuperación favorece la micro coagulación intravascular, que puede empeorar la situación hemodinámica en la fase de recuperación cuando ocurre la re perfusión tisular, con micro émbolos venosos hacia cerebro y otros lechos vasculares.
9. Comenzar a corregir las alteraciones de la coagulación después de la primera hora de iniciada la hemorragia y la corrección volumétrica (Karlson, 2016)

Tabla 1 causa y efectos del riesgo de HPP

	Causas	Factores de riesgo
Atonía uterina (Tono)	Sobredistención uterina	Gestación Múltiple, Hidramnios, Feto macrosoma
	Corioamnionitis	RPM prolongada, fiebre
	Agotamiento muscular	Parto prolongado y/rápido, elevada multiparidad
Retención de Tejidos (Tejido)	Placenta	Acretismo placentario
	Coágulos	Cirugía uterina
Lesión del canal del parto (Trauma)	Desgarros del canal del parto	Parto instrumental, fase de expulsivo precipitada
	Rotura/Dehiscencia uterina	Cirugía uterina (cesárea), parto instrumental, distocia, hiperdinamia, versión cefálica externa
	Inversión uterina	Alumbramiento manual, Acretismo placentario, maniobra de credé
Alteraciones de la coagulación (Trombina)	Adquiridas	Preclampsia, CID, síndrome de Hellp, embolia de líquido amniótico
	Congénitas	Hemofilia tipo A

Fuente: (Karlsson & Perez, 2009) **Elaboración:** Autora de Tesis

Atonía uterina: es la causa más frecuente, siendo responsable del 80-90% de las HPP. Factores de riesgo: sobredistención uterina (por gestación múltiple, hidramnios o feto macrosoma), agotamiento muscular (por parto excesivamente prolongado, rápido y/o gran multiparidad), corioamnionitis (fiebre, RPM prolongada) (Pabón, 2014).

Retención de tejido placentario y/o coágulos: la salida de la placenta tiene lugar en los primeros 30 minutos tras el parto. De no ser así, podría tratarse de

una placenta adherente por una implantación anormal de la misma, como pueden ser las placentas acreta, increta o percreta.

El acretismo placentario es poco frecuente (1/2.500 partos) aunque en los últimos años se está registrando una incidencia ascendente. El riesgo aumenta a medida que lo hace el número de cicatrices uterinas. Si a pesar del control ecográfico hay dudas sobre la localización de la placenta, debería realizarse una RNM con el fin de descartar la existencia de una placenta percreta. También está relacionado con la existencia de placenta previa (Pabón, 2014).

Traumas: hacen referencia a desgarros del canal genital, rotura uterina o inversión uterina.

- **Desgarros/laceraciones:** suponen la segunda causa más frecuente de HPP después de la atonía uterina. Normalmente se manifiestan como un sangrado vaginal activo propio de partos instrumentados o con episiotomía que hay que proceder a reparar mediante sutura. En ocasiones también pueden hacerlo como hematomas.

Los hematomas vulvares y vaginales autolimitados pueden tratarse de forma conservadora, en caso contrario deben ser evacuados. Si la paciente presenta dolor en flanco y signos de hipovolemia hay que sospechar un hematoma retroperitoneal, en cuyo caso convendrá monitorizar estrictamente por si fuese necesaria una exploración quirúrgica para identificar los vasos sangrantes.

- **Rotura uterina:** se define como la pérdida de integridad de la pared del útero. El factor de riesgo más comúnmente implicado es la existencia de una cirugía uterina previa, siendo la cesárea con histerectomía transversa segmentaria baja la más frecuente. Otros factores relacionados son los partos traumáticos (instrumentales, grandes extracciones, distocias) y la hiperdinamia / hiperestimulación uterinas.

Las roturas asociadas a traumatismos externos (incluyendo la versión cefálica externa) son excepcionales (Lopez, 2018).

- **Dehiscencia uterina:** a diferencia de la rotura uterina propiamente dicha, la dehiscencia se define como la separación de la capa miometrial que asienta sobre una cicatriz uterina previa. Raramente son responsables de HPP moderadas-graves.
- **Inversión uterina:** se trata de una complicación obstétrica muy poco frecuente que se atribuye a una excesiva tracción de cordón y presión sobre fondo uterino (Maniobra de Credé), provocando la salida del fondo uterino en la cavidad endometrial. Los principales factores de riesgo son el acretismo placentario y el alumbramiento manual.

El prolapso es tan obvio que no son necesarias pruebas de imagen confirmatorias, salvo en casos de inversiones incompletas con estabilidad hemodinámica de la paciente y mínimo sangrado (Peniche, 2011).

Alteraciones de la coagulación: coagulopatías congénitas o adquiridas durante el embarazo.

- Congénitas: enfermedad de Von Willebrand, Hemofilia tipo A.
- Adquiridas: Preclampsia grave, Síndrome HELLP, embolia de líquido amniótico, *abruptio placentae*, sepsis.
- Además de estas causas formalmente descritas, existen otros factores de riesgo como son la edad materna avanzada, la miomatosis uterina y el hecho de haber sufrido una HPP en una gestación anterior. El conocimiento sobre si una gestante presenta alguno de estos factores de riesgo es una parte importante para la prevención de la HPP, pero no hay que olvidar que hasta 2/3 de las HPP ocurren en mujeres sin ningún factor de riesgo (Vilchis, 2015).

2.1.1.1. PRINCIPALES CAUSAS

Según (PI, Águila, & Acosta, 2006) afirman que existen 4 causas de hemorragia post parto relacionadas y son la pérdida del tono, retención de productos de concepción, traumas, niveles alterados de factores de coagulación.

Entre las causas de hemorragia en el post parto, se encuentran las siguientes:

Tabla 2 causas de la HPP

CAUSAS
Cicatrices uterinas previas
Poli hidramnios
Anemia en el embarazo
Legrados uterinos
Mal nutrición materna
Miomas transmurales
Tabaquismo y consumo de sustancias sujetas a fiscalización

Elaborado por: autora de tesis

2.1.1.2. Etiología

En el caso de sangrado por vía vaginal, hay que distinguir las causas ginecológicas de las obstétricas. Las causas obstétricas son aquellas que se presentan durante la labor de parto en un periodo inferior o posterior. Las complicaciones obstétricas se refieren a disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, el parto y el trabajo de parto, así como en el período neonatal inicial (Raine, 2003-2017).

Tabla 3 causas de la HPP

Causas de Hemorragia posparto	
1	Trastornos del alumbramiento: Hipotonía y atonía uterina.
2	Traumática: Traumatismos genitales espontáneos o iatrogénicos
3	Tejidos: Placenta, coágulos
4	Sistémicas: Defectos de la coagulación

Elaborado por: autora de tesis

2.1.1.3. Clasificación de la hemorragia posparto

Se clasifica en:

- **Hemorragia posparto inmediata:** pérdida sanguínea de 500 mL o más originada en el canal de parto dentro de las 24 h posteriores a este.
- **Hemorragia posparto tardía:** sangrado anormal o excesivo originado en el canal del parto que se presenta entre las 24 h posteriores al parto y hasta el final del puerperio (42 días).

2.1.1.4. FACTORES RELACIONADOS CON LA PÉRDIDA DEL TONO

La atonía uterina es la responsable de más del 80-90% de hemorragias, las cuales a su vez son provocadas por aumento de distensión uterina, agotamiento muscular, corioamnionitis. La retención de tejido placentario es otra causa de hemorragia durante el post parto inmediato. El tiempo esperado oscila entre los 30 minutos para la salida de la placenta. Es necesario la utilización de agentes uterotónicos, el cual es la base fundamental del tratamiento junto con el

masaje uterino al momento de ser detectado, además de la reanimación con cristaloides isotónicos. El ácido tranexánico puede ser utilizado si el sangrado es refractario o persistente (BENIGNO, 2014).

El taponamiento uterino puede ser también una opción si no existen fármacos a la mano. Si a pesar de los medios utilizados persiste, a pesar del tratamiento con uterotónicos y de otras alternativas conservadoras debe considerarse la intervención quirúrgica sin demora puesto que podría poner en riesgo la vida del paciente (OMS, 2014).

2.1.1.5. Diagnóstico de la atonía y hemorragia postparto

El diagnóstico suele ser evidentemente clínico, apareciendo una pérdida hemática excesiva antes del alumbramiento de la placenta (hemorragia de la tercera fase) o después (HPP verdadera). Como se ha explicado anteriormente, además de intentar cuantificar la hemorragia es necesario valorar la repercusión de la misma sobre el estado hemodinámico de la paciente.

Para ello pueden tomarse como referencia los siguientes:

- Signos: TA sistólica. Indica afección hemodinámica leve/moderada/ grave según la cifra tensional sea 100-80/ 80-70/ 70-50 respectivamente.
- Síntomas: indican hemorragia.
- Leve: debilidad, sudor, taquicardia.
- Moderada: palidez, oliguria.
- Grave: shock, fallo renal con anuria, disnea, Síndrome de Sheehan en el puerperio inmediato.

En el caso de sangrado genital en la segunda mitad del embarazo es importante primero, distinguir las causas ginecológicas de aquellas obstétricas propiamente dentro de las causas ginecológicas se encuentran la *cervicitis* o *vaginitis*, erosiones traumáticas por ejemplo debido a relaciones sexuales, pólipos endocervicales, cáncer cérvico uterino, várices vaginales y/o vulvares, laceraciones genitales, entre otros (Solari A. , 2014)

2.1.1.6. Medidas para controlar la Hemorragia

El paso más importante para controlar la hemorragia posparto atónica es la compresión uterina bimanual inmediata, la cual puede continuarse durante 20 a 30 minutos o más (Solari, 2014)

El reemplazo de líquidos debe iniciarse rápidamente. Se administrará sangre cuando se disponga de ella.

El legrado debe posponerse, a menos que la hemorragia no pueda controlarse únicamente con la compresión y el masaje. (Hernández & Espino, 2010)

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. Es por ello que debemos actuar de forma sistemática y universal en la fase de alumbramiento de todos los partos mediante una conducta activa, que puede resumirse en los siguientes pasos: administración de un uterotónicos, siendo de elección la oxitocina; clampaje y sección precoz del cordón umbilical; tracción suave y mantenida del mismo; masaje uterino tras alumbramiento (Solari C. , 2015).

2.1.1.7. MANEJO DE LA HEMORRAGIA OBSTETRICA

2.1.1.7.1. Evaluación del estado del paciente

- Se debe estimar la magnitud de la pérdida sanguínea, sin embargo, resulta esto un reto puesto que no se puede cuantificar una cantidad exacta. (Winograd, 2002)
- Los cambios fisiográvidicos pueden enmascarar si existe una retención dentro de la cavidad uterina. (Winograd, 2002)
- La taquicardia como signo sobresaliente y la posterior vasoconstricción puede ser la primera señal antes de la posterior hipotensión. (Winograd, 2002).

2.1.1.7.2. Manejo de la hemorragia posparto primaria

- Reparación de desgarros cervicales y vaginales superiores
- Uso de traje anti-shock para tratar el shock
- Uso de taponamiento de balón hidrostático • Suturas de compresión uterina
- Devascularización pélvica sistemática
- Embolización de la arteria uterina
- Histerectomía total o subtotal.

2.1.1.7.2.1. MATEP

El procedimiento del MATEP incluye los siguientes pasos:

- La administración de un uterotónicos dentro del primer minuto del nacimiento del o la bebé, y una vez que se descarte la presencia de otro/a bebé. La OMS recomienda el uso de oxitocina (10 UI IM) como el

uterotónicos de elección porque hace efecto a los 2 o 3 minutos de la inyección, tiene efectos secundarios mínimos, puede ser utilizado en todas las mujeres y el almacenamiento es más estable que otros uterotónicos como la ergometría.

La administración de un medicamento uterotónicos estimula las contracciones uterinas las cuales facilitan la separación de la placenta de la pared uterina, lo cual resulta en una rápida salida de la placenta y comprimen las arterias sanguíneas maternas en el sitio placentario después de la salida de la placenta.

- Salida de la placenta mediante la tracción controlada del cordón. La tracción controlada del cordón (TCC) facilita la salida rápida de la placenta y el vaciamiento del útero. Este paso debe realizarse durante una contracción uterina.
- El masaje uterino posterior a la salida de la placenta. El masaje uterino estimula las contracciones uterinas y remueve los coágulos que puedan inhibir la contracción uterina (Solis, 2015).

En ocasiones se ha demostrado que el MATEP disminuye la incidencia de la HPP (hasta en un 60%), la duración de la tercera etapa del parto, el porcentaje de los casos en que la tercera etapa del parto dura más de 30 minutos, la necesidad de transfusiones sanguíneas, y la necesidad de medicamentos uterotónicos para manejar la HPP. Por lo que la OMS y todas las organizaciones internacionales profesionales tales como la Confederación Internacional de Ginecología y Obstetricia, la Confederación Internacional de Parteras, y otras agencias socias enfocadas en la salud materna recomiendan la aplicación sistemática del MATEP en todos los partos vaginales (Solis, 2015).

2.1.1.7.2.2. BALON DE BACKRI

El balón de Bakri quirúrgico obstétrico de silicona (Bakri SOS), diseñado para aplicación intrauterina en casos de hemorragia obstétrica y autorizado por la Food and Drug Administration (FDA), consiste en un balón de silicona de 24 Fr, con 54cm de longitud, que tiene un extremo proximal para drenaje y un globo con diseño anatómico para la cavidad uterina; el mecanismo de acción se basa en el incremento de la presión intraluminal sobre las paredes uterinas contra la presión hidrostática capilar.

El resultado es la reducción de hemorragia capilar y venosa persistente del endometrio; la prueba del taponamiento se basa en la infusión de solución hasta que cesa la hemorragia, considerándola prueba positiva; el incremento del volumen dentro del balón aumenta la presión intraluminal gradual y uniformemente (Altamirano, 2015).

A diferencia de otros balones, como el balón urinario de Rusch y el catéter condón, el balón de Bakri tiene un canal de drenaje en el extremo de la sonda que permite evacuar la cavidad uterina, evaluar la efectividad y medir el sangrado persistente de la paciente. Además, como el extremo de la sonda es corto, existe mayor contacto entre la superficie distal del balón y el fondo uterino, permitiendo un mayor efecto hemostático, lo cual no es posible cuando se utiliza el balón de Sengstaken–Blakemore (Chimá, 2010).

2.1.1.7.2.3. Complicaciones

- Un reporte de caso menciona endometritis posterior al uso del balón de Rush a pesar de recibir antibióticos por 24 horas.
- Otro estudio reportó una paciente que presentó fiebre y que respondió a antibióticos después de usar catéter condón.
- Otra complicación teórica podría ser la ruptura uterina, aunque no se ha publicado ningún caso al respecto.
- Ulceración del útero y de la vagina por la presión ejercida por el balón, especialmente por uso prolongado, ruptura uterina por sobredistención y perforación uterina durante la inserción.

El balón de Bakri surge como una alternativa a considerar en el manejo de la paciente con hemorragia obstétrica cuando no hay una buena respuesta al manejo convencional. No obstante, este no es un método que se pueda utilizar de forma aislada (Chimá, 2010).

2.1.1.7.2.4. TRAJE ANTI SHOCK

Es una de las estrategias validadas científicamente propuestas por varios organismos internacionales para la atención médica de la paciente con hemorragia obstétrica; lo desarrolló Ralph Pelligra en 1971 y la Food and Drug Administration (FDA) autorizó su uso en 1991; en el año 2012 la Organización Mundial de la Salud (OMS) agregó su uso a la guía de tratamiento de la hemorragia obstétrica; en 2015 la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) lo validó y publicó las recomendaciones para su adecuada

utilización y su implementación en los protocolos de atención de la paciente con hemorragia obstétrica (Treviño, 2018).

2.1.1.7.2.4.1. Características y Componentes

El traje anti choque no neumático fue especialmente diseñado para pacientes obstétricas; consta de tres componentes para cada miembro inferior:

- 1) componente pélvico.
- 2) componente abdominal con una bola de hule espuma.
- 3) componente de tensión-fijación.

Características

- Peso: 3.5 kg
- Elaborado con: neopreno con uniones de velcro
- Resistente
- Alta durabilidad
- Reutilizable (incluso en 100 ocasiones)

2.1.1.7.2.4.2. Mecanismo de acción

Ejerce contrapresión circunferencial en los miembros inferiores y la pelvis; esto incrementa la presión en el sistema venoso y genera una derivación de la sangre a la circulación central. Al ejercer una compresión externa del útero hace las veces de una contracción sostenida (Treviño, 2018).

Complicaciones

A diferencia del traje neumático que reportaba posibilidades de síndrome de compartimentalización, isquemia o acidosis, con este dispositivo, por su

mecanismo de acción, no se ha registrado este tipo de complicaciones (Treviño, 2018).

- Los cambios físico gravídicos pueden enmascarar si existe una retención dentro de la cavidad uterina (Winograd, 2002).
- La taquicardia como signo sobresaliente y la posterior vasoconstricción puede ser la primera señal antes de la posterior hipotensión (Winograd, 2002).

La **Histerectomía** es, en la mayoría de los casos, el tratamiento definitivo. Esta puede ser Total o Subtotal, dependiendo del sitio de inserción placentario. La utilización de técnicas conservadoras (resecciones parciales, suturas hemostáticas tras miometrales) se evaluarán de acuerdo al cuadro clínico (Ruiz, 2016).

Se dice que el útero se ha invertido cuando se vuelve del revés, es decir la parte interna se convierte en externa durante la expulsión de la placenta. La corrección de la inversión uterina debe realizarse de inmediato. Al pasar el tiempo, el anillo de constricción alrededor del útero invertido se torna más rígido y el útero aumenta de volumen con más sangre; si la mujer tiene dolor severo, debe prevenirse el shock neurogénico: administre Petidina 1 mg/kg de peso corporal (pero no más de 100 mg) IM o IV lentamente, o administre Morfina 0.1 mg/kg de peso corporal IM; se recomienda tomar las medidas necesarias para prevenir la descompensación hemodinámica (coloque un acceso venoso, tome muestras de sangre para compatibilizar, realice reposición de hidroelectrolitos y transfundir si lo considera (Sanchez, 2016).

2.1.1.7.3. Monitorización del paciente

- **Monitoreo de los signos vitales y nivel de conciencia:** identificar la presencia de señales de alerta y alteraciones en los signos vitales en individuos con parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria y correlacionarse a la ocurrencia de ese evento (Souza, 2018).
- **Inicio de terapia de resucitación si lo amerita:** La identificación de las alteraciones de los valores que desvían de lo normal es acompañada por un creciente riesgo de eventos clínicos adversos, entre ellos la parada cardiorrespiratoria (PCR), siendo que la identificación precoz de anomalías ofrece una oportunidad de intervención precoz, aumentando la supervivencia y mejorando la calidad de vida de los pacientes (Souza, 2018).
- **Manejo activo de la tercera etapa del parto:** El momento entre el alumbramiento del bebé y la expulsión de la placenta. Durante esta etapa el útero se contrae hacia abajo y la placenta empieza a separarse de la pared del útero. La cantidad de sangre que se pierde depende de cuán rápido ocurre esto. Si el útero no se contrae normalmente (atonía uterina), los vasos sanguíneos en la zona de la placenta permanecen abiertos y se produce una hemorragia severa (Valdez, 2016).

2.1.1.7.4. Manejo activo en una etapa de parto

Es importante un manejo apropiado de la tercera etapa del parto puesto que reduce el riesgo de hemorragia hasta en mayor cantidad y por consecuencia la necesidad del uso de hemoderivados. (Cunningham & Dorsten, 2003)

La oxitocina intramuscular al primer minuto es la elección del manejo activo en la tercera etapa del parto. (Cunningham & Dorsten, 2003)

El misoprostol es un poco menos efectivo que la oxitocina y su uso es una alternativa cuando no exista acceso a la oxitocina. En algunos países la actitud expectante en la tercera etapa de parto, si este ocurre dentro del hogar.

Por lo que estudios aleatorios mostraron que el empleo de un manejo activo de la tercera fase del parto mostró mejores resultados que un manejo expectante. Existen tres pasos fundamentales para el manejo activo de trabajo de parto:

Tabla 4 pasos para manejo de trabajo de parto

MANEJO DE TRABAJO DE PARTO	
Paso 1.	Administración de oxitocina en el primer minuto luego del nacimiento.
Paso 2.	Empleo controlado de tracción del cordón umbilical posterior un correcto pinzamiento.
Paso 3.	Posterior a la expulsión de la placenta, se utiliza el masaje uterino para favorecer la contracción.

Elaborado por: autora de tesis

La disminución del empleo de concentrados eritrocitarios. Mejora también los parámetros bioquímicos 24 horas después de su administración. Aunque han mostrado buenos resultados aún se necesitan más estudios aleatorios para incluir en el esquema de tratamiento inicial (Karlsson, 2009).

2.1.1.7.5. Fase de dilatación

Se inicia cuando las contracciones son regulares y el cuello uterino está borrado (acortado) y dilatado 2-3 cm. Termina cuando se llega a la dilatación completa (10 cm) (Bayard, 2018).

El parto es un proceso que cada mujer vive de forma diferente. Lo que es común a todos los partos que se producen de forma natural son las diferentes etapas del parto: dilatación, expulsión y alumbramiento. Conocer las etapas del parto te ayudará a vivirlo de manera más tranquila y con menos ansiedad. El trabajo de parto comienza con la fase de la dilatación, en ella el cuello del útero se borraré y dilatará de 0 a 10 centímetros para permitir la salida del bebé (Folgado, 2015).

- **Dilatación pasiva:** en esta etapa del parto el cuello de la matriz se dilata de 0 a 3 centímetros. Las contracciones pueden durar entre 30 y 60 segundos y puede haber entre ellas de 5 a 20 minutos. Esta fase es la más larga de la dilatación, puede incluso durar días, sobre todo en mujeres que van a dar a luz a su primer hijo. Si todavía no has expulsado el tapón mucoso, una sustancia viscosa de color amarronada que sella la entrada del útero, este podría ser el momento (Folgado, 2015).

En esta primera etapa de la dilatación, lo mejor que puedes hacer es distraerte: leer un libro, ver una película, darte una ducha, hablar por teléfono con amigos o dar un paseo. Todavía es pronto para ir al hospital. Hasta que las contracciones no se produzcan cada 5 minutos y durante un período de una hora es conveniente que estés en tu casa ya que te encontrarás más cómoda (Folgado, 2015).

- **Dilatación activa:** en esta etapa del parto, el cuello del útero se dilata de 3 a 10 centímetros. Las contracciones se volverán más intensas, largas y se producirán de manera más frecuente. Pueden durar cerca de un minuto y se producen cada 2 o 4 minutos. Tendrás poco tiempo para descansar entre contracción y contracción. Si quieres ponerte la anestesia epidural, es el momento de pedirla (Folgado, 2015).

En esta fase de dilatación se debe poner en práctica las técnicas de respiración que aprendiste durante la preparación al parto, la pareja de la gestante puede ayudar dándole masajes en los riñones o dándote ánimos y muchos mimos. No podrás beber agua durante este proceso pero el papá puede pasarse por los labios un algodón empapado en agua. Los últimos 3 centímetros en la dilatación son los más intensos, se denomina etapa de transición (Folgado, 2015).

2.1.1.7.6. Fase expulsiva

Durante esta fase, es normal que la mujer empiece a notar una necesidad de apretar muy parecida a la de hacer el vientre, por lo cual los pujos representan una ayuda de vital importancia, pues contribuye en gran medida a salir al feto. En partos normales, la criatura sale boca abajo.

Dentro de la fase del expulsivo, evidentemente el momento más importante para los padres es la salida de la cabeza. Si bien es cierto es considerado como el momento más importante para el profesional, que deberá poner la máxima atención para que todo transcurra de la forma más natural posible y, a la vez, de forma controlada (Natal, 2014).

“La atonía uterina no se puede prevenir antes del parto y, por tanto, la prevención consiste en atajar cuando se produce este problema, no obstante, cada vez se presta más atención durante el parto” (Natal, 2014).

2.1.1.7.7. Fase de alumbramiento

“Es habitual este término para denominar el parto, en medicina esta tercera fase hace alusión, en realidad, a la salida de la placenta, el parto no ha acabado técnicamente hasta que sale la placenta” (Natal, 2014).

Vaciado el útero, se activan señales que hacen que la placenta se desprenda y se expulse. Este es un proceso delicado, al recibir la placenta abundante sangre, porque la placenta recibe muchísima sangre.

“Los factores de riesgos más importantes son: edad materna avanzada y enfermedades crónicas. La etiología más frecuente es la Inercia Uterina, definida como la incapacidad del útero de retraerse luego del alumbramiento” (Arce., 2014)

“La Organización Mundial de la Salud estima que la hemorragia posparto severa acontece en aproximadamente 11% de las mujeres que han tenido un parto. Esta incidencia difiere entre países por los distintos sistemas de salud y el nivel de desarrollo industrial” (Arce., 2014).

2.1.2. ATONIA UTERINA

La atonía uterina es la causa principal de hemorragia postparto, que da como resultado la pérdida del conocimiento por choque hipovolémico, paro cardíaco o respiratorio, y alto riesgo de muerte.

En la tercera fase del parto, conocida como alumbramiento, tiene lugar el desprendimiento de la placenta, que previamente se ha separado de las paredes del útero. Durante este proceso, el útero suele contraerse para que los vasos sanguíneos que conectaban las paredes de éste con la placenta se cierren. Pero puede ocurrir que el útero no se contraiga por falta de tono, lo que provoca que los vasos sanguíneos permanezcan abiertos y se produzca una hemorragia severa, es decir, una pérdida de más de 1.000 mililitros de sangre.

A esta falta de tono que impide la contracción tras el parto se le llama atonía uterina y es la primera causa de hemorragia después del parto. Según los expertos, alrededor del 70 % de los casos de hemorragia tras el parto se deben a una atonía uterina; si no se controla a tiempo, puede tener importantes riesgos, entre ellos la muerte de la mujer. Pero, por suerte, este incidente no es demasiado frecuente y suele ser fácil de controlar para los profesionales que conducen el parto.

La atonía uterina suele ocurrir después del parto, pero, dependiendo del momento exacto en el que suceda, se pueden diferenciar dos tipos:

- 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.

La atonía precoz es más frecuente que la atonía tardía. Suele surgir en el mismo paritorio, generalmente, “debido a que la mujer no produce suficiente oxitocina de manera natural” (BENIGNO, 2014).

La oxitocina es la hormona que favorece la contracción en el parto y también en el posparto, su finalidad es permitir que el útero se contraiga para evitar que se produzcan hemorragias. La atonía uterina puede también ser originada por retención de restos placentarios o infección. (BENIGNO, 2014)

2.1.2.1. Causas principales

Según (Salazar, 2007) nos muestra las siguientes causas principales de la atonía uterina:

Tabla 5 causas de atonía uterina

CAUSAS PRINCIPALES	OTRA CAUSAS DE LA ATONÍA UTERINA
<ul style="list-style-type: none"> • Sobre distensión. • Infección intrauterina. • Medicamentos relajantes uterinos. • Fatiga uterina después de un trabajo de parto prolongado o inducido. • Inversión uterina. • Retención placentaria. • Uso de anestésicos halogenados. • Miomas uterinos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Agotamiento uterino por labor de parto extensa y difícil. • Embarazos múltiples: Es más común porque en este tipo de embarazos la fibra uterina está más elástica por el peso, y esto provoca que le cuesta más contraerse. • Alumbramiento de placenta tardío: Como la placenta tarda en ser expulsada desde que nace el RN como máximo 20 minutos, cuando este proceso se retrasa producto de que la placenta está muy arraigada al útero

Elaborado por: autora de tesis

2.1.2.2. DIAGNOSTICO

Su síntoma característico es una pérdida anormal de sangre, cuando se considera normal en un parto perder alrededor de 500 mililitros, por lo que de darse una pérdida mayor se estimará como hemorragia. Fuera del puerperio no debe darse alguna otra pérdida sanguínea.

El personal sanitario se encargará en cualquier situación, de estudiar la amenaza por la hemorragia, para actuar de forma oportuna.

Si el parto natural se diera en el hogar tal y como desean algunas madres, pero sin la adecuada asistencia médica, no sería posible hacer la evaluación de forma inmediata y con la premura debida, lo que podría conllevar a un mal término.

La pérdida normal de sangre durante el parto es de alrededor de 500 mililitros (medio litro). Cualquier sangramiento mayor de esa cantidad en el posparto inmediato es considerado como una hemorragia. En otro momento del puerperio no debe ocurrir ninguna pérdida sanguínea (Martin, 2018).

2.1.2.3. Factores de riesgo en la atonía uterina

Según (Salazar, 2007) nos muestra los siguientes factores de riesgo de la atonía uterina:

Tabla 6 factores de riesgo

Factores de riesgo principales	OTROS FACTORES
• Placenta previa.	• Complicaciones con la coagulación sanguínea.
• Historia de hemorragia posparto previa	• Insuficiencia renal
• Obesidad.	• Deficiencia de plaquetas.
• Multiparidad.	• Diabetes.
• Raza asiática o hispánica.	• Anemia.
• Preclamsia	• Mioma

Elaborado por: autora de tesis

2.1.2.4. COMO TRATAR LA ATONÍA UTERINA

Son frecuentes en el mundo las muertes maternas por atonía uterina, primordialmente en países donde la adecuada asistencia médica no está generalizada. Según los protocolos de la OMS, si se detecta que la mujer tras el parto no tiene la contracción del útero para el sellado de vasos sanguíneos, requerirá la atención médica especializada.

- Al momento de originarse la atonía uterina según el grado de ocurrencia de la hemorragia, el personal médico intervendrá, con masaje o

compresión bimanual del útero, el cual consiste en introducir la mano vía vaginal y la otra en el exterior, como primera opción.

- Para contener el sangrado, es probable que se necesite la administración de medicamentos, como la oxitocina. De no resultar la aplicación del fármaco en el transcurso de la atonía uterina, se tendrá que acudir al procedimiento quirúrgico.

Estará en dependencia de la causa y evolución de la hemorragia, si en el curso de una atonía uterina son utilizados los oxitócicos, medicamentos que producen la contracción del útero, y esta situación no es resuelta, será necesario apelar a la cirugía.

Masaje uterino bimanual: La primera maniobra a realizar ante una atonía uterina es el masaje bimanual del útero. Consiste en masajear el útero de manera intermitente, hacia abajo desde el abdomen con una mano, y hacia arriba desde la vagina con la otra mano. La oxitocina, una hormona sintética que se administra por vía intravenosa, es el fármaco de primera elección en el manejo de la atonía uterina (20-50 U diluidas en 1.000 ml de solución glucosada al 5%) (Martin, 2018).

2.1.2.5. COMO EVITAR ESTA COMPLICACION

Este problema no se puede advertir antes del alumbramiento, entonces lo que podemos hacer es estar preparados para cualquier contrariedad, prestando más atención durante el parto para controlar este tipo de complicaciones (Botero, Alfonso, & Guillermo, 2008).

2.1.2.6. INERCIA UTERINA

Inercia uterina es la incapacidad del útero de contraerse adecuadamente después del alumbramiento, hay evidencia estadísticamente significativa de que el manejo activo de la tercera etapa del parto, incluso independientemente de qué especialista lo efectúe, (médico o matrona), reduce la HPP, la necesidad de transfusión y la cuantía del sangrado, los estudios de Bristol y colaboradores y Hinchingbrooke y colaboradores compararon el manejo activo versus la conducta expectante y mostraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la reducción de HPP con el manejo activo (SOLARI, 2014).

- **Para tratarse se debe dar un masaje uterino bimanual:** La primera maniobra a realizar ante una atonía uterina es el masaje bimanual del útero. Consiste en masajear el útero de manera intermitente, hacia abajo desde el abdomen con una mano, y hacia arriba desde la vagina con la otra mano (SOLARI, 2014).
- **Tracción controlada del cordón umbilical:** Consiste en una tracción suave y mantenida del cordón umbilical manteniendo una compresión en el fondo uterino, que debe efectuarse durante la contracción uterina (ha mostrado ser más eficiente para prevenir HPP que su no uso). No debe efectuarse tracción del cordón sin compresión del fondo uterino ni fuera de la contracción. Ha registrado mejores resultados en los casos de hemorragias moderadas, pero sin diferencias significativas en casos de hemorragias severas (SOLARI, 2014).

Masaje uterino post alumbramiento: Puede ser necesario y eficaz hasta dos horas post alumbramiento y hay que asegurarse de que no haya relajación del útero luego de detener los masajes. Si bien no se ha mostrado diferencias al compararlo con pacientes a las que no se les efectuó masaje uterino en cuanto a la cuantía del sangrado, sí disminuyó la necesidad de utilizar uterotónicos de forma adicional.

2.2. Antecedentes referenciales

En el estudio de investigación realizado por Karrison con su tema “HEMORRAGIA POST PARTO” nos dice que: La hemorragia postparto es una de las complicaciones obstétricas más temidas y es una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo.

Universalmente se define como la pérdida hemática superior a 500 ml tras un parto vaginal o a 1.000 ml tras una cesárea, su estudio es de metodología basado en la revisión de fuentes bibliográficas de diversos autores, el objetivo del estudio es conocer los aspectos más importantes de la hemorragia post parto (Karrison & Perez, 2009).

En el estudio realizado por Aldo Solari con su tema “HEMORRAGIA DEL POSTPARTO PRINCIPALES ETIOLOGÍAS, SU PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO” nos dice que: La hemorragia del postparto es una de las principales emergencias obstétricas. La tasa de mortalidad materna por hemorragias oscila entre 30 y 50%.

Los factores de riesgo más importantes son: edad materna avanzada y enfermedades crónicas. La etiología más frecuente es la Inercia Uterina, definida como la incapacidad del útero de retraerse luego del alumbramiento.

Su prevención se basa en el manejo activo del trabajo de parto y el tratamiento va desde el uso de terapias farmacológicas con uterotónicos hasta la histerectomía de urgencia. El Acretismo es una inserción anormal de la placenta.

Su diagnóstico se basa en el uso de Ecografía y Resonancia Nuclear Magnética y su tratamiento es el parto por cesárea con histerectomía. La radiología intervencionista ha contribuido a disminuir de forma importante la

severidad de la hemorragia postparto. Es imprescindible contar con guías de acción protocolizadas para así evitar o disminuir su incidencia y magnitud (SOLARI, 2014).

En el estudio realizado por diversos autores nos dicen que : La mortalidad materna (MM) es una de las principales preocupaciones de la salud pública y representa un buen indicador para medir la calidad asistencial, indicador que permite además, establecer las diferencias socioeconómicas entre los países.

Cada día mueren unas 1.000 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. En el año 2008 murieron 358.000 mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio. El 99% de esas muertes se produjo en países en vías de desarrollo y la mayoría eran muertes prevenibles. La hemorragia post parto (HPP) puede conducir a la muerte en un corto lapso de tiempo, como señala Kane el 88% de las muertes por HPP ocurren en las primeras cuatro (Asturizaga & Jaldin, 2014).

En la tesis de tema “CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE HEMORRAGIA POSTPARTO INMEDIATO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL ESCUELA SANTIAGO DE JINOTEPE DURANTE EL PERIODO ENERO A DICIEMBRE 2016” relacionada con el problema de investigación planteado la autora nos dice que: La atonía uterina es la causa más común de HPP, el traumatismo genital (es decir, laceraciones vaginales o cervicales), la rotura uterina, el tejido placentario retenido o trastornos de coagulación maternos también pueden provocar HPP. La gran multiparidad y la gestación múltiple están asociadas con un mayor riesgo de sangrado después del parto (Luna, 2017).

2.3. Marco Conceptual

- **Hemorragia Postparto.-** es una de las complicaciones obstétricas más temidas y es una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo (Karlsson & Perez, 2009).
- **Hemorragia Postparto Inmediata.-** el sangrado se puede producir a un ritmo lento durante algunas horas y no suele detenerse hasta que exista compromiso hemodinámico importante y la paciente puede entrar en shock, en otras palabras, la velocidad del compromiso orgánico puede poner en riesgo la vida del paciente (Karrison & Perez, 2009).
- **Atonía Uterina.-** es el término en obstetricia que se refiere a la pérdida del tono de la musculatura del útero que conlleva a la ausencia de contracción del mismo y un consecuente retraso en su involución tras el parto
- **Factores de riesgo.** - un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene (who , 2018).
- **Acretismo Placentario:** placentario es la inserción anormal de parte o de toda la placenta, con ausencia total o parcial de la decidua basal y anomalía de la caduca verdadera con penetración de las vellosidades coriales al miometrio (Dueñas, 2007).

2.4. Hipótesis

2.4.1. Hipótesis general

Al mejorar el manejo de las hemorragias postparto y su relación con atonía uterina se beneficiará la salud de las mujeres multíparas menores de 30 años que asisten al Hospital Dr. Nicolás Coto Infante de la Ciudad de Vinces, Provincia de Los Ríos, periodo Junio-octubre 2019.

2.5. Variables

2.5.1. Variable independiente

Atonía Uterina

2.5.2. Variable dependiente

Hemorragia post parto

2.5.3. Variable interviniente

Mujeres multíparas menores de 30 años

2.5.4. Operacionalización de las Variables

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES				
VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN O CATEGORÍA	INDICADOR	ÍNDICE
Atonía uterina	Cuadro que se caracteriza por falta de contractilidad adecuada de las fibras miométricas después de un parto o de una operación cesárea, que impide se realice una hemostasia fisiológica	Tipo de atonía uterina	Atonía uterina tardía Atonía uterina precoz	Porcentaje
		Causas de Atonía Uterina	Multiparidad Agotamiento muscular Placenta previa	
		Factores de riesgo Atonía Uterina	Fiebre Miomas uterinos Anemia	
VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN O CATEGORÍA	INDICADOR	ÍNDICE
Hemorragia en el post parto	La hemorragia posparto es un sangrado más intenso de lo normal después del nacimiento del recién nacido.	.Tipo de hemorragia	HPP temprana HPP tardía	Porcentaje
		Causas de la HPP	Perdida de tono(Atonía uterina) Retención de tejidos (tejido) Lesión del canal de parto(trauma)	
		Factores de riesgo de la HPP	Rotura prematura de membranas Cirugía uterina previa Acretismo placentario	

VARIABLE INTERVINIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN O CATEGORÍA	INDICADOR	ÍNDICE
Mujeres multíparas menores de 30 años	Es aquella mujer que ha tenido varios partos, se acepta que una mujer es multípara cuando tiene más de cinco partos.	Edad de la mujer prenatales	(15-19 años) (20-25 años) (26-30 años)	Porcentaje
		Tipo de parto	Vaginal Cesárea	
		Número de Controles	<5 controles >5 controles	
		Periodo Intergenesico	<2 años >2 años	
		Estado nutricional	Peso normal Obesidad Sobrepeso	
		Complicaciones Obstétricas	Atonía uterina Hemorragia Post parto Histerectomía post parto Transfusión sanguínea Infección en el sitio quirúrgico	

CAPITULO III

3. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. Método de investigación

En el desarrollo de la actividad investigativa desplegada se proyecta la r, con la finalidad de analizar la información obtenidas y consecuentemente arribar a conclusiones propias. Previendo la utilización de métodos matemáticos y estadísticos con el objetivo de procesar las bases de datos derivadas de la información empírica obtenida.

3.2. Modalidad de la investigación

La modalidad de la investigación proyectada en este documento se clasifica como cuantitativa, pues se tratarán algunas veces los datos derivados de la actividad investigativa prevista mediante la aplicación de los de origen matemático y estadísticos.

3.3. Tipo de investigación

De carácter descriptivo, retrospectivo, transversal. Se analizó a las pacientes atendidas en el Hospital Dr. Nicolás Coto Infante de la Ciudad de Vinces en el servicio de Gineco- obstetricia.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de la información

3.4.1. Técnicas

Se empleó la observación de la Historia Clínica, y la descripción para recopilar la información requerida, determinar la frecuencia de las hemorragias postparto por atonía uterina en mujer multíparas.

3.4.2. Instrumento

Para desarrollar la investigación sobre atonía uterina y su relación con las hemorragias postparto en mujeres multíparas menores de 30 años, se procedió a utilizar como instrumento una hoja de recolección de datos elaborada en Excel, mediante la cual se detallan las variables de estudio ya establecidas por lo que se tomara en consideración como unidad de análisis la historia clínica de cada paciente.

3.5. Población y muestra

3.5.1. Población

La población está compuesta por Pacientes menores de 30 años atendidas en Hospital Dr. Nicolás Coto Infante de la Ciudad de Vinces, con trabajo de parto lo cual representa un total de 300 pacientes atendidas durante el periodo de estudio.

3.5.2. Muestra

Debido que la población de estudio es de 300 mujeres atendidas en el hospital, se realizó un muestreo no probabilístico de tipo intencional y se procederá a aplicar los criterios de inclusión y exclusión.

Criterio de inclusión. - lo conforman todas las pacientes multíparas menores de 30 años que fueron atendidas en el hospital durante el periodo en el

que se realizó el estudio, de las cuales se verificó que hayan sufrido atonía uterina o hemorragia en el post parto.

Criterio de exclusión. - se excluyó a las mujeres que no son multíparas, por su edad e historia clínica incompletas.

Tomando en consideración a las 300 mujeres atendidas en el hospital en el periodo que se efectuó la investigación, 131 mujeres no aplican a los criterios de inclusión establecidos, por lo cual el número total de mujeres atendidas a investigar es de 169, de las cuales 79 gestantes fueron atendidas por parto vaginal y 90 atendidas por cesárea, los datos fueron recolectados de manera intencional y no se utilizó ninguna fórmula para obtener la muestra.

3.6 Cronograma del Proyecto

No.	Actividades	CRONOGRAMA DEL PROYECTO																	
		MAYO			JUNIO			JULIO			AGOSTO			SEPTIEMBRE					
1	Selección de tema	■	■																
2	Aprobación del tema			■	■	■													
3	Recopilación de información					■	■	■											
4	Desarrollo del capítulo I y correcciones								■	■									
5	Desarrollo del capítulo II y correcciones									■	■								
6	Desarrollo del capítulo III y correcciones											■	■						
7	Elaboración y corrección de la ficha de observación											■	■						
8	Aplicación de la ficha de observación											■	■						
9	Sustentación previa del proyecto											■	■						
10	Revisión de material Bibliográfico	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
11	Desarrollo del capítulo IV y correcciones												■	■	■				
12	Elaboración de las conclusiones												■	■	■				
13	Presentación de la tesis																		
14	Sustentación																		

Fuente: Autora del proyecto

3.7 RECURSOS

3.7.1. Recursos humanos

Caracterización de los recursos humanos		
Función que desempeña	Nombre	Apellido
Investigadora	Laskmy	Pazmiño

Fuente: Autora del proyecto

3.7.2. Recursos económicos

RECURSOS ECONOMICOS	
Detalles	Inversión
Internet	80
primer material escrito	40
Material de escritorio	20
Impresiones	20
Fotocopia final	30
Empastados	10
Alimentación	20
Movilización	30
Total	250

Fuente: Autora del proyecto

3.8. Plan de tabulación

3.8.1. Base de datos

La recolección de datos partió de un profundo análisis de las historias clínicas de las pacientes, atendidas en el hospital Dr. Nicolás Coto infante de Vinces en el período de tiempo objeto de estudios, la base de datos se elaboró teniendo en cuenta indicadores básicos.

3.8.2. Procesamiento y análisis de los datos

Para procesar los datos derivados del estudio realizado a la historia clínica de las mujeres menores de 30 años seleccionadas, se utilizó el programa Excel.

CAPITULO IV

4. Resultados de la investigación

4.1. Resultados obtenidos en la investigación.

Con la finalidad de sentar el cumplimiento de los objetivos previstos se escogió una muestra de 169 mujeres multíparas que padecieron de atonía uterina inmediata y que consecuentemente presentaron hemorragia post parto, lo cual comprende a mujeres entre 15 a 30 años de edad.

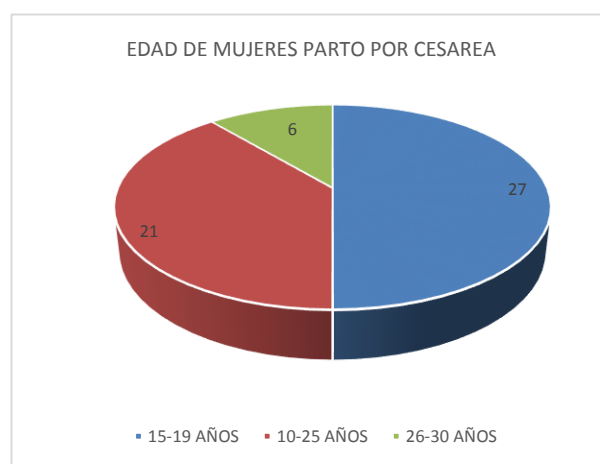
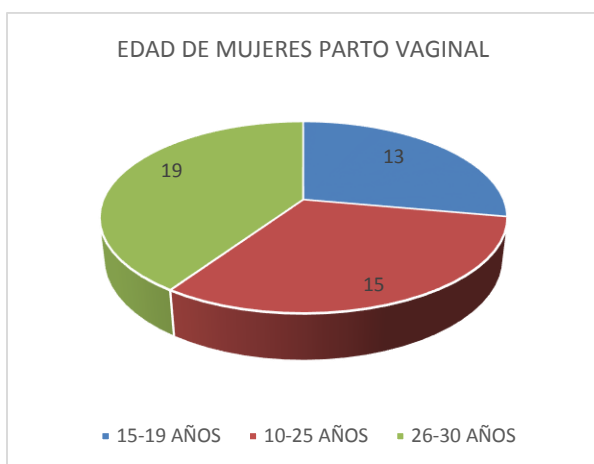
Tabla 7.- edad de las mujeres

EDAD DE MUJERES PARTO VAGINAL		
ALTERNATIVA	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
15-19 Años	22	13
20-25 Años	25	15
26-30 Años	32	19
TOTAL	79	47

EDAD DE MUJERES PARTO POR CESAREA		
ALTERNATIVA	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
15-19 Años	45	27
20-25 Años	35	21
26-30 Años	10	6
TOTAL	90	53

Elaborado por: Autora de la tesis

GRAFICO 1.- edad de las mujeres



Elaborado por: Autora de la tesis

Análisis e interpretación de los datos: Mediante el procesamiento y tabulación de resultados de los datos recolectados de las historias clínicas se observó que la mayor prevalencia de edades de mujeres con parto vaginal es en edades entre 26-30 años y de parto por cesárea se da en edades entre 15-19 años.

Tabla 8.- Tipo de parto

TIPO DE PARTO		
ALTERNATIVA	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
PARTO VAGINAL	79	47
PARTO POR CESAREA	90	53
TOTAL	169	100

Elaborado por: Autora de la tesis

GRAFICO 2.- Tipo de Parto



Elaborado por: Autora de la tesis

Análisis e interpretación de los datos: Mediante los resultados obtenidos de la tabulación de los datos recolectados se observó que los partos por cesárea tienen una mayor prevalencia que los partos vaginales.

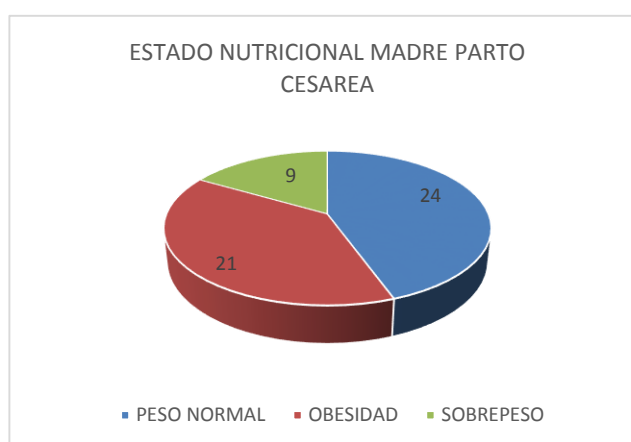
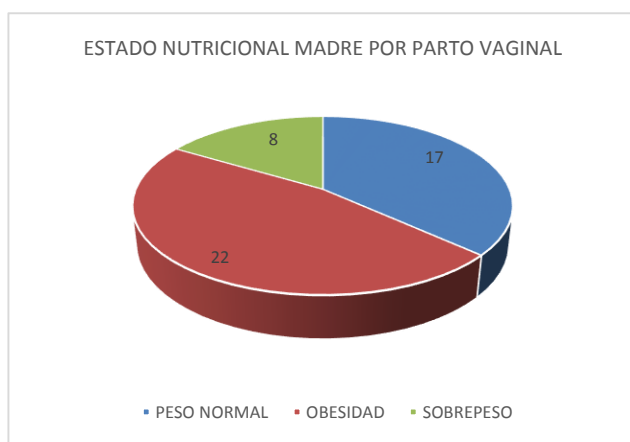
Tabla 9 estado nutricional

ESTADO NUTRICIONAL MADRE POR PARTO VAGINAL		
ALTERNATIVA	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
PESO NORMAL	29	17
OBESIDAD	37	22
SOBREPESO	13	8
TOTAL	79	47

ESTADO NUTRICIONAL MADRE PARTO CESAREA		
ALTERNATIVA	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
PESO NORMAL	40	24
OBESIDAD	35	21
SOBREPESO	15	9
TOTAL	90	53

Elaborado por: Autora de la tesis

GRAFICO 3. Estado nutricional



Elaborado por: Autora de la tesis

Análisis e interpretación de los datos: los resultados obtenidos debido a la tabulación realizada de los datos recolectados, se pudo observar que en el estado nutricional de las madres atendidas por parto vaginal prevalece la obesidad y en las madres atendidas por parto de cesárea prevalece un estado nutricional de peso normal.

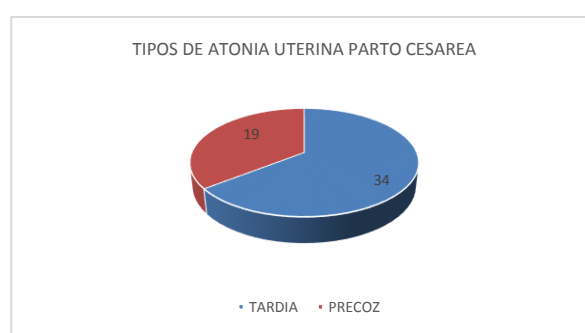
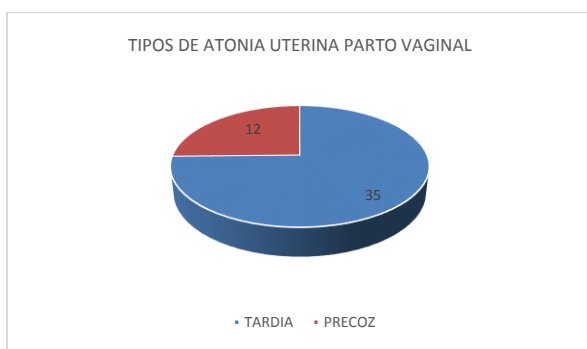
Tabla 10 tipo de Atonía uterina

TIPOS DE ATONIA UTERINA PARTO VAGINAL		
ALTERNATIVA	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
TARDIA	59	35
PRECOZ	20	12
TOTAL	79	47

TIPOS DE ATONIA UTERINA PARTO CESAREA		
ALTERNATIVA	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
TARDIA	58	34
PRECOZ	32	19
TOTAL	90	53

Elaborado por: Autora de la tesis

GRAFICO 4 tipo de Atonía uterina



Elaborado por: autora de tesis

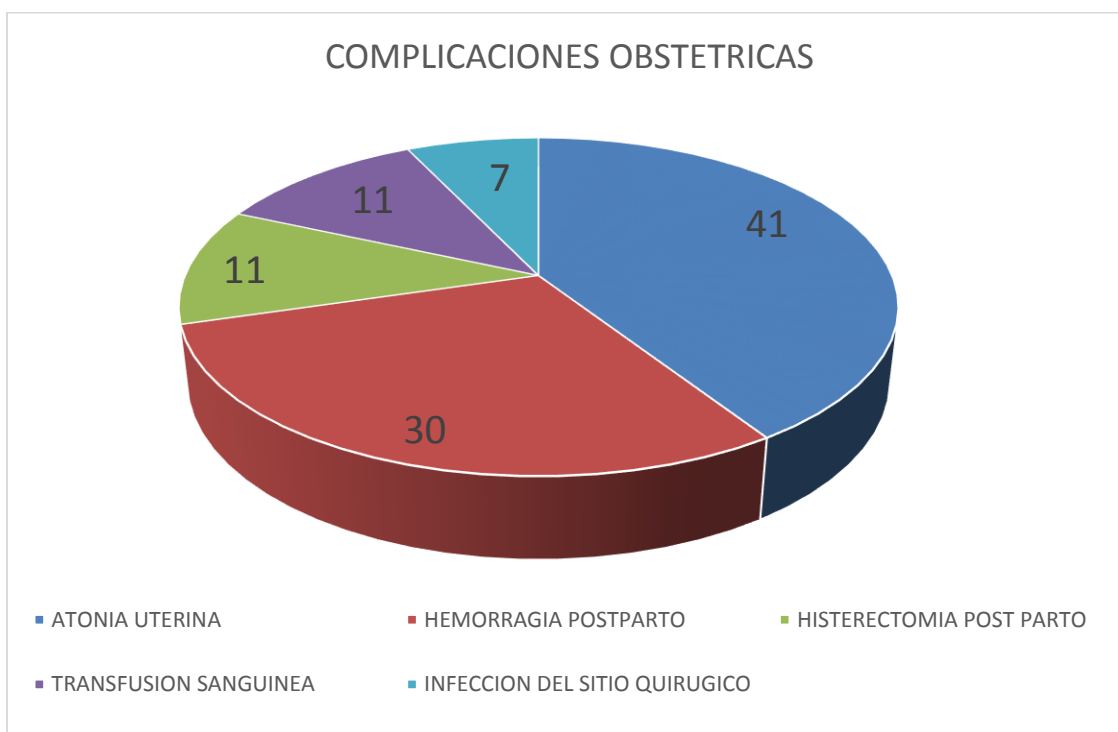
Análisis: por la tabulación de los datos recolectados se puede observar que en las mujeres atendidas por parto vaginal y por parto de cesarí, en ambas prevalece la Atonía uterina tardía

Tabla 11 Complicaciones Obstétricas

COMPLICACIONES OBSTETRICAS		
ALTERNATIVA	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
ATONIA UTERINA	69	41
HEMORRAGIA POSTPARTO	50	30
HISTERECTOMIA POST PARTO	19	11
TRANSFUSION SANGUINEA	19	11
INFECCION DEL SITIO QUIRUGICO	12	7
TOTAL	169	100

Elaborado por: autora de tesis

GRAFICO 5.- complicaciones obstétricas



Elaborado por: autora de tesis

Análisis: Para la recolección de datos del estudio se observó las historias clínicas de las pacientes multípara menores de 30 años, evidenciando así las complicaciones obstétricas, mediante lo cual se pudo observar que el 41% padecieron atonía Uterina y el 30% padecieron hemorragia post parto, por lo cual da la validez a nuestro tema de investigación planteado.

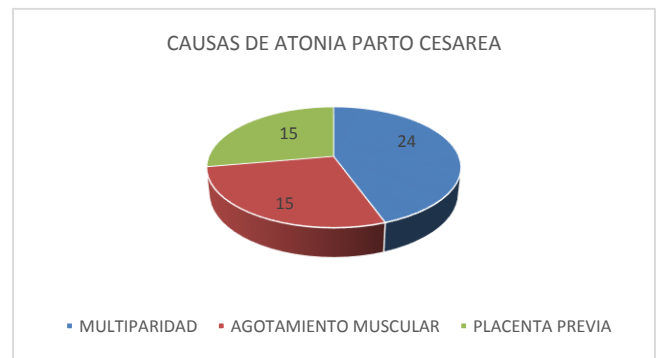
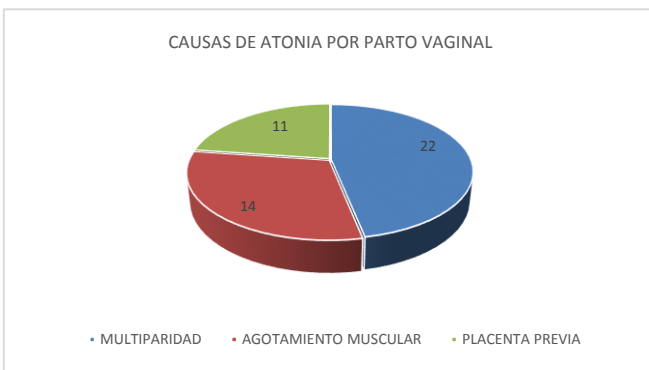
Tabla 12 causas de Atonía uterina

CAUSAS DE ATONIA POR PARTO VAGINAL		
ALTERNATIVA	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
MULTIPARIDAD	37	22
AGOTAMIENTO MUSCULAR	24	14
PLACENTA PREVIA	18	11
TOTAL	79	47

CAUSAS DE ATONIA PARTO CESAREA		
ALTERNATIVA	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
MULTIPARIDAD	40	24
AGOTAMIENTO MUSCULAR	25	15
PLACENTA PREVIA	25	15
TOTAL	90	53

Elaborado por: autora de tesis

GRAFICO 6 causas de la Atonía uterina



Elaborado por: autora de tesis

Análisis: Atraves de los resultados obtenidos tras la tabulación de la información recolectada podemos observar que la multiparidad es una de las causas que más prevalece en la aparición de Atonía uterina en ambos tipos de parto.

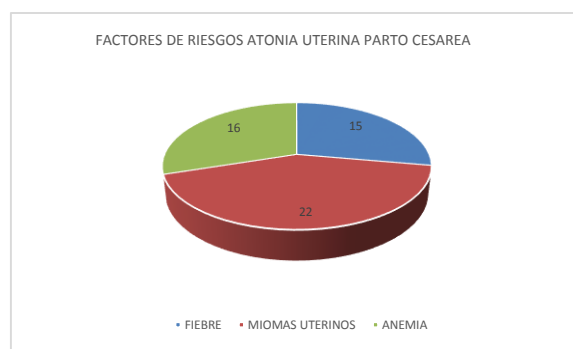
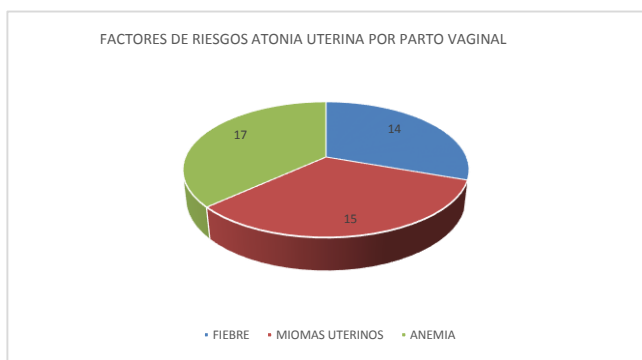
Tabla 13 factores de riesgo en la Atonía uterina

FACTORES DE RIESGOS ATONIA UTERINA POR PARTO VAGINAL		
ALTERNATIVA	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
FIEBRE	24	14
MIOMAS UTERINOS	26	15
ANEMIA	29	17
TOTAL	79	47

FACTORES DE RIESGOS ATONIA UTERINA PARTO CESAREA		
ALTERNATIVA	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
FIEBRE	25	15
MIOMAS UTERINOS	38	22
ANEMIA	27	16
TOTAL	90	53

Elaborado por: Autora de la tesis

GRAFICO 7 factores de riesgo en la Atonía uterina



Elaborado por: autora de tesis

Análisis: se pudo observar mediante los resultados obtenidos por la tabulación de los datos recolectados que la anemia es una de los factores de riesgo que más prevalece en los partos vaginales y en los partos por cesares el factor que más prevalece son los miomas uterinos.

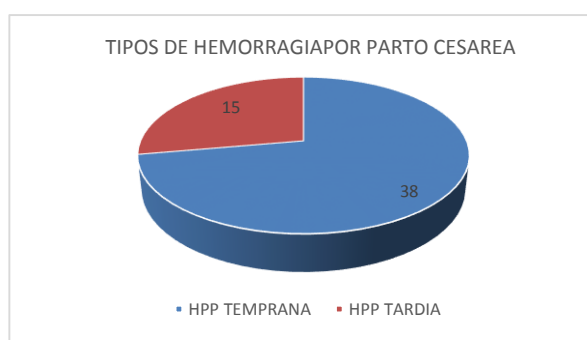
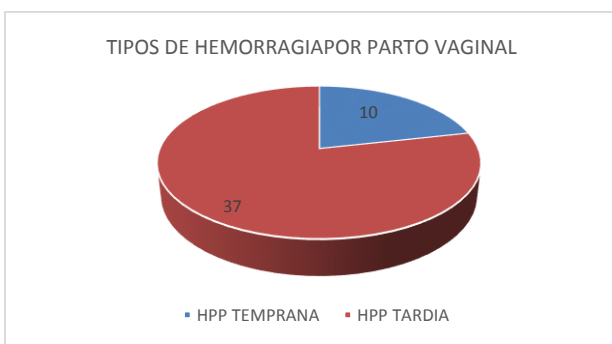
Tabla 14 tipos de hemorragia post parto

TIPOS DE HEMORRAGIA POR PARTO VAGINAL		
ALTERNATIVA	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
HPP TEMPRANA	17	10
HPP TARDIA	62	37
TOTAL	79	47

TIPOS DE HEMORRAGIA POR PARTO CESAREA		
ALTERNATIVA	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
HPP TEMPRANA	65	38
HPP TARDIA	25	15
TOTAL	90	53

Elaborada por: Autora de tesis

GRAFICO 8 tipos de hemorragia post parto



Elaborado por: autora de tesis

Análisis: por la tabulación de los datos recolectados se puede observar que en las mujeres atendidas por parto vaginal prevalece la hemorragia tardía y en las mujeres atendidas por parto de cesaría prevalece la hemorragia temprana.

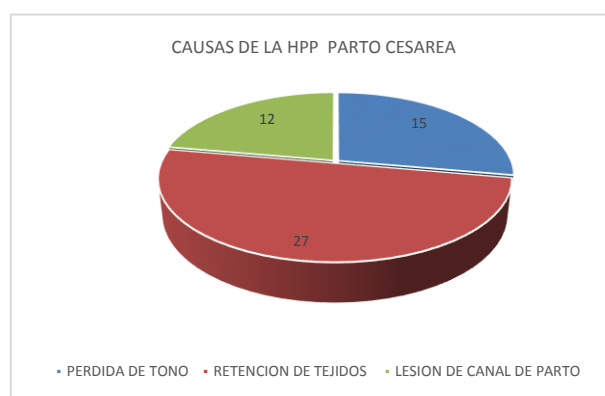
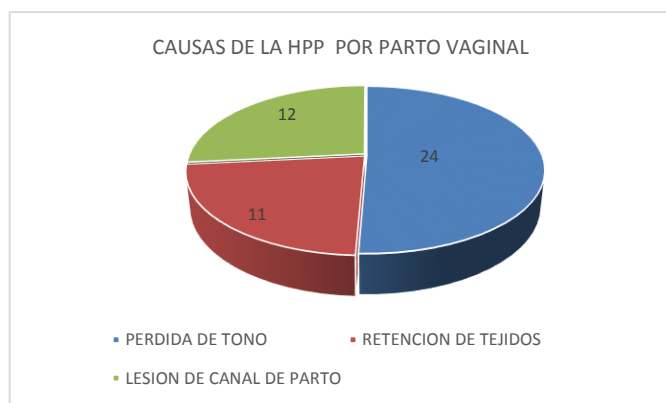
Tabla 15 causas de hemorragia post parto

CAUSAS DE LA HPP POR PARTO VAGINAL		
ALTERNATIVA	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
PERDIDA DE TONO	40	24
RETENCION DE TEJIDOS	18	11
LESION DE CANAL DE PARTO	21	12
TOTAL	79	47

CAUSAS DE LA HPP PARTO CESAREA		
ALTERNATIVA	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
PERDIDA DE TONO	25	15
RETENCION DE TEJIDOS	45	27
LESION DE CANAL DE PARTO	20	12
TOTAL	90	53

Elaborado por: autora de tesis

GRAFICO 9 causas de hemorragia post parto



Elaborado por: autora de tesis

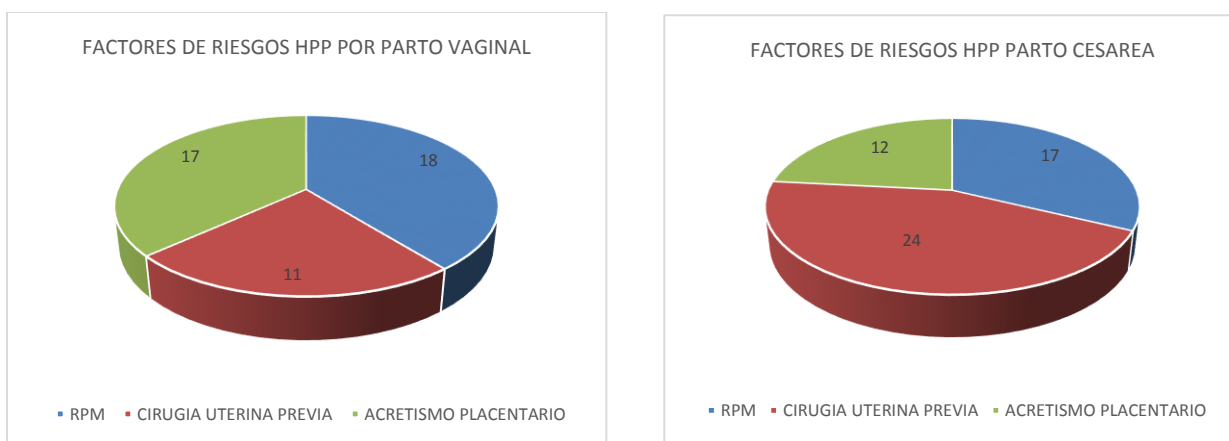
Análisis: mediante la tabulación de los datos recolectados se pudo observar que en las mujeres atendidas por parto vaginal la causa de la hemorragia post parto que prevalece es la pérdida de tono y en las mujeres atendidas por parto de cesaría la causa de la hemorragia post parto que prevalece es la retención de tejidos.

Tabla 16 factores de riesgo en la hemorragia post parto

FACTORES DE RIESGOS HPP POR PARTO VAGINAL			FACTORES DE RIESGOS HPP PARTO CESAREA		
ALTERNATIVA	ENCUESTADOS	PORCENTAJE	ALTERNATIVA	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
RPM	31	18	RPM	29	17
CIRUGIA UTERINA PREVIA	19	11	CIRUGIA UTERINA PREVIA	40	24
ACRETISMO PLACENTARIO	29	17	ACRETISMO PLACENTARIO	21	12
TOTAL	79	47	TOTAL	90	53

Elaborado por: autora de tesis

GRAFICO 10 factores de riesgo de la hemorragía post parto



Elaborado por: autora de tesis

Análisis: Se pudo observar mediante la tabulación de los datos que en las mujeres atendidas por parto vaginal entre los factores de riesgos de la hemorragia post parto prevalece el Acretismo placentario y en las mujeres atendidas por parto de cesaría entre los factores de riesgos de la hemorragia post parto prevalece la cirugía uterina previa.

4.2. CONCLUSIONES

1. Los resultados de la tabulación de los datos recopilados de las historias clínicas de las mujeres multíparas menores de 30 años, se pudo evidencia que el 41% de las mujeres padecieron Atonía uterina y el 30% padecieron hemorragia post parto mediante la cual se le da validez al tema de investigación.
2. La hemorragia post parto tardía se manifestó con mayor frecuencia en las madres de parto vaginal, seguidas por las mujeres de parto por cesárea con hemorragia post parto temprana, teniendo una mayor incidencia en las mujeres multíparas.
3. Con respecto al tipo de parto, el estudio a la historia clínica develó que el 47% de las mujeres tuvieron un parto normal (vaginal), llegándose también a la conclusión que el mayor número de féminas que requirieron de intervención quirúrgica tenían edades comprendidas entre los 15 y 19 años de la edad.

4.3. RECOMENDACIONES

1. Se debería realizar más estudios sobre la relación existen entre la atonía uterina y la hemorragia del post parto en mujeres de más de 30 años y brindar charlas para poder disminuir la Atonía uterina.
2. Diseñar un sistema de acciones dirigida al personal medio para que puedan contribuir a la disminución de la aparición de la atonía uterina y hemorragias pos parto en la mujer múltipara.
3. Brindar charlas sobre educación sexual y planificación familiar para evitar que las mujeres jóvenes menores 20 años tengan hijos en lapsos de tiempo corto.

CAPITULO V

5. PROPUESTA TEORICA

5.3. TITULO DE LAPROPUESTA DE APLICACIÓN

Diseñar un sistema de acciones dirigida al personal medio para que puedan contribuir con la disminución de la aparición de la atonía uterina y hemorragias pos parto en la mujer multíparas menores de 30 años de edad

5.4. ANTECEDENTES

Las acciones dirigidas a disminuir la relación entre la hemorragia post parto y la atonía uterina, han sido tratadas por diferentes autores, los cuales han proporcionado aportes a la Organización Mundial de la salud.

“La hemorragia postparto es una de las complicaciones obstétricas más temidas y es una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo. Universalmente se define como la pérdida hemática superior a 500 ml tras un parto vaginal o a 1.000 ml tras una cesárea, la hemorragia postparto precoz (HPP) es aquella que ocurre durante las primeras 24 horas tras el parto y es generalmente la más grave (Karlsson, 2009).

5.5. JUSTIFICACION

La selección del Sistema de acciones para disminuir la relación entre la hemorragia post parto y la atonía uterina, en mujeres multíparas menores de 30 años de edad, surge como una necesidad, ya que la mortalidad materna es una de las principales preocupaciones de los directivos de la salud, y en el mundo diariamente mueren cerca de 400 mujeres, por causa de hemorragia en el post parto, siendo esta situación altamente alarmante, si se tiene en cuenta que el 99% de las muertes ocurrieron en países subdesarrollados, entre ellos Ecuador (OMS, 2014).

Mediante la observación realizada previamente en el Hospital Dr. Nicolás Coto Infante se pudo conocer las falencias en el tratamiento previo al parto de las gestantes, además la relación de la atonía uterina y las hemorragias del post parto inmediato en las adolescentes estudiadas ha ido en ascenso con respecto a años anteriores.

Por lo cual mediante la realización del sistema de acciones, se persigue disminuir la relación entre la hemorragia post parto y la atonía uterina, en mujeres multíparas menores de 30 años de edad, por lo que dicho sistema puede beneficiar fundamentalmente a mujeres parturientas, a obstetras, enfermeras y otros especialistas que desde diferentes puntos de vistas actúan directa o indirectamente en el transcurso de parto.

5.6. OBJETIVOS DEL SISTEMA DE ACCIONES

5.6.1. OBJETIVO GENERAL

Fortalecer la aplicación de las estrategias del Ministerio de Salud Pública para disminuir la relación entre la hemorragia post parto y la atonía uterina, en mujeres multíparas menores de 30 años de edad.

5.6.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Interactuar con el personal médico metodologías que le permitan desarrollar un trabajo oportuno en el manejo de hemorragia del postparto.
- Brindar información oportuna y adecuada a la parturienta y sus familiares con la finalidad de aportar a la maternidad segura.

5.7. Aspectos básicos de la Propuesta de Aplicación

Caracterización de los aspectos básicos de la propuesta					
Actividades a realizar		Frecuencia	Lugar	de	Responsable
1	Selección del personal encargado, atendiendo a la actividad que realizan en el parto.	4 días	Hospital	de	Investigadora
2	Preparación del personal encargado, según funciones en el parto y luego de él.	4 días	Hospital	de	Investigadora
3	Explicación de los objetivos del sistema de acciones, así como su importancia.	4 días	Hospital	de	Investigadora
4	Explicación del contenido del sistema de acciones.	4 días	Hospital	de	Investigadora
5	Aplicación experimental del sistema de acciones.	120 días	Hospital	de	Personal elegido
6	Evaluación sistemática de los resultados obtenidos, mediante la aplicación del sistema.	Frecuente	Hospital	de	Investigadora

7	Evaluación parcial de cumplimiento y resultados en la aplicación del sistema.	Semana 12	Hospital Vinces	de	Investigadora
8	Posibles recomendaciones derivadas de la evaluación parcial realizada.	Semana 16	Hospital Vinces	de	Investigadora
9	Evaluación final del cumplimiento y efectividad del sistema de acciones.	Semana 26	Hospital Vinces	de	Investigadora
10	Implementación del sistema de acciones en el hospital.	Permanente	Hospital Vinces	de	Personal elegido
11	Preparación de directivos para controlar y evaluar el proceso de implementación.	1 semana	Hospital Vinces	de	Personal elegido
12	Control de los resultados obtenidos por cada uno de los participantes.	Permanente	Hospital Vinces	de	Directivos
Totales		490 días			

Fuente: Investigadora.

5.8. ASPECTOS BASICOS DE LA PROPUESTA DE APLICACIÓN

5.8.1. Estructura general de la propuesta

La propuesta atendiendo a sus características, las que se fundamenta en la relación personal de la salud del paciente, se estructura como se expone a continuación.

Fases

Para la ejecución del sistema de acciones se han previstos tres fases fundamentales.

- Primera fase.- Selección y preparación del personal encargado de llevar a cabo la implementación del sistema
- Segunda fase.- Implementación experimental del sistema de acciones, incluye evaluaciones frecuentes y parciales
- Tercera fase.- Implementación general del sistema de acciones dirigido a Contribuir a la disminución de la relación entre la hemorragia post parto y la atonía uterina, en mujeres multíparas menores de 30 años de edad.

Determinación de la primera fase

La fase asumió un carácter preparatorio, pues en ella se extendieron acciones encargadas de garantizar operativamente el cumplimiento de los objetivos programados, en ella se cumplieron las acciones que se exponen a continuación:

- Solicitud de autorización para llevar a cabo la actividad investigativa proyectada.
- Selección del personal encargado de aplicar el sistema en su fase experimental.
- Explicación de los objetivos del sistema de acciones, así como su importancia.
- Valoración colectiva de cómo serán evaluados los resultados derivados del sistema de acciones, así como de su consecuente aplicación.

Determinación de la segunda fase

La segunda fase es de vital importancia, por lo que el personal de salud seleccionado, recibirá explicaciones vinculadas esencialmente con la aplicación del sistema y el control de los resultados previstos, a partir de un sistema de evaluación previamente programado.

- Explicación exhaustiva de cómo debe aplicarse el sistema de acciones.
- Aplicación experimental del sistema de acciones.
- Evaluación sistemática de los resultados obtenidos, mediante la aplicación del sistema.
- Evaluación parcial de cumplimiento y resultados en la aplicación del sistema.
- Recomendaciones derivadas de la evaluación parcial realizada.
- Evaluación final del cumplimiento y efectividad del sistema de acciones.

Determinación de la tercera fase

La fase se caracterizó por cumplir un rol conclusivo en la actividad investigativa desarrollada, en ella se le proporcionaron recomendaciones al personal médico, a partir de las evaluaciones que recibieron, las que tuvo como fundamento la adquisición de habilidades profesionales para enfrentar la aplicación del sistema en su quehacer laboral cotidiano.

Acciones desarrolladas en la fase

- Implementación del sistema de acciones en el hospital.
- Preparación de los directivos para controlar y evaluar el proceso de implementación del sistema de acciones.
- Control de los resultados obtenidos por cada uno de los profesionales.

5.5.1. Componentes

El sistema de acciones será aplicado en el Hospital Dr. Nicolás Coto Infante, ubicado en el cantón Vinces, provincia de los Ríos.

Autora

Laskmy Pazmiño Avilés

Principales acciones

Principales acciones	Forma de evaluación				
	Frecuente	Sistemática	Parcial	Cualitativa	Cuantitativa
Selección de los participantes					
Preparación de los participantes	X	x	x	X	X
Implementación experimental del sistema	X	x	x	X	X
Implementación del sistema general	X	x	x	X	X
Evaluación de la aplicación Del sistema.	X	x	x	X	X
Evaluación de resultados obtenidos.	X	x	x	X	X
Total	5	5	5	5	5

Fuente: autora de tesis

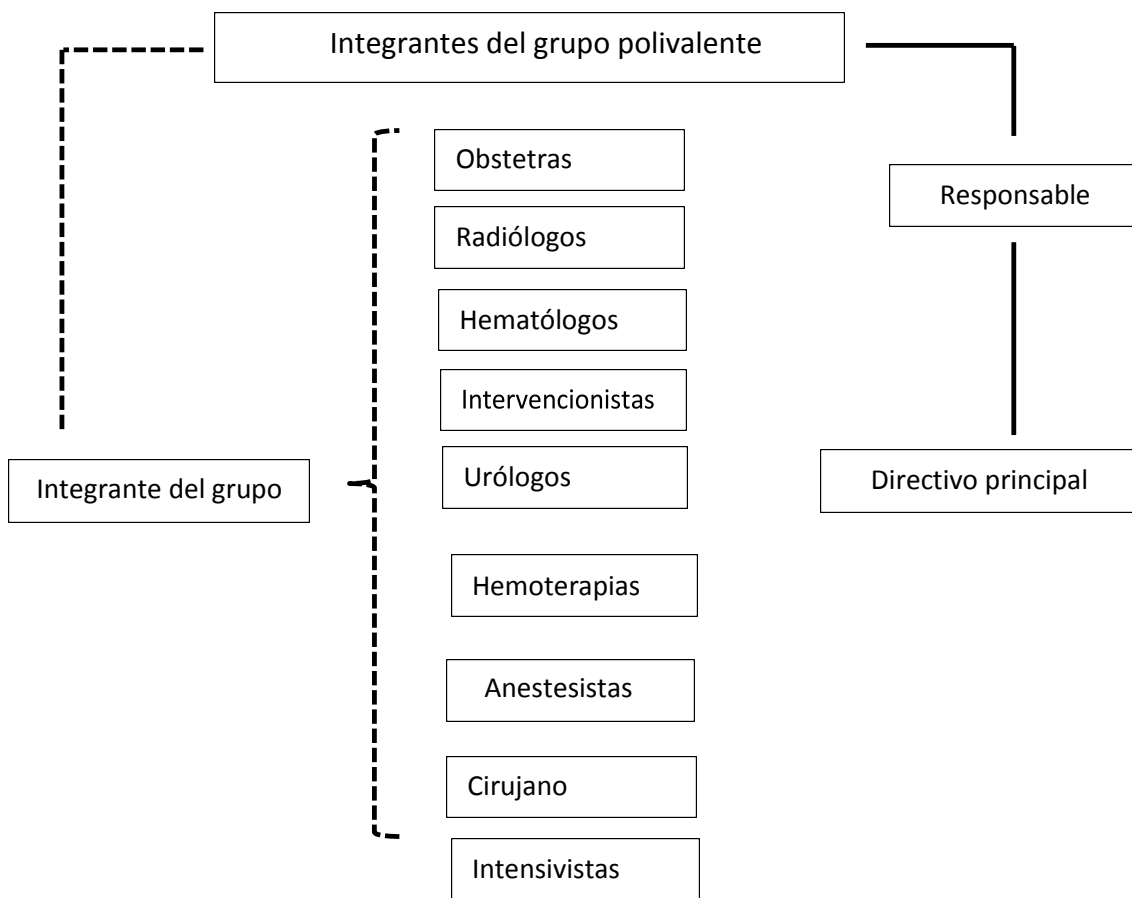
Los actores o líderes serán todos aquellos que de una u otra manera intervienen en el desarrollo del parto, es decir obstetras, médicos, anestesiastas, técnicas entre otros.

Los líderes involucrados en el proyecto serán los administrativos de cada una de las áreas que de una u otra forma sirven de base a la realización del parto, en sus diferentes fases, en esa dirección en bien de facilitar el trabajo y darle cumplimiento a los objetivos se escogieron a todos los jefes de áreas involucrados en la investigación, los que tendrán la responsabilidad de controlar y evaluar la aplicación y resultados derivados obtenidos mediante el sistema.

Funciones del directivo del hospital

- **Planificación.-** Definir objetivos, así como métodos y medios para lograrlo.
- **Organización.-** Programación de responsables en cumplimiento de las actividades derivadas del plan estratégico previsto, delegando su autoridad en cada una de las áreas del hospital.
- **Dirección.-** Líder natural del desarrollo y control de las estrategias programadas para el hospital, debiendo ser un profesional dotado de altos conocimientos e información de las actividades que se desarrollen en las diferentes áreas.
- **Motivación.-** El directivo debe ser un agente que motive a los profesionales, empleados y trabajadores a realizar un mejor trabajo.
- **Control.-** El directivo de manera sistemática, controla la evolución del cumplimiento de los planes previstos, consecuentemente orienta la corrección de errores y proporciona soluciones.

Tomando en cuenta que se elaboró la siguiente gráfica, en un artículo publicado en el año 2008, la que propone la creación de grupos polivalentes para combatir de manera efectiva la hemorragia obstétrica, como problema multifacético.



“Cada especialista debe tener conocimiento de lo propio y de las disciplinas de los demás integrantes del grupo, para permitir un accionar coordinado” (Cristina, 2008).

Además de todo lo anteriormente señalado, es importante expresar que para el sistema que representa el principal resultado científico de esta tesis, se asumen los siguientes aspectos, los que lógicamente forma parte del sistema de acciones presentado.

“El grupo además de las acciones asistenciales previstas para para cada uno de sus integrantes, deberán enfrentar el diseño y desarrollo de proyectos científicos y consecuentemente dar a conocer las experiencias derivadas”.

Se deben dividir las hemorragias de acuerdo con el momento en que ocurren previo al parto y posterior al mismo. En las cuales primero se reconoce el desprendimiento placentario, que posee una incidencia de 1/200 embarazos, y es responsable del 25% de las muertes fetales, el cual se presenta como una metrorragia de comienzo súbito, y puede acompañarse de dolor abdominal y aumento del tono uterino, por lo cual no siempre es detectado por los métodos habituales para el diagnóstico como la ecografía o el monitoreo.

5.9. Resultados esperados de la Propuesta de Aplicación

Este informe final de tesis, no se enfatiza en los resultados alcanzados mediante la aplicación de su principal resultado científico (Sistema de acciones para disminuir la hemorragia post parto y su relación con la atonía uterina en mujeres multíparas menores de 30 años de edad, debido que la institución solo pidió la elaboración del plan.

5.9.1. Resultados esperados

- Disminuir la mortalidad por la aparición de atonía uterina en las parturientas y por ser esta la principal causa minimizar la hemorragia post parto.
- Minimizar la relación entre la hemorragia postparto y la atonía uterina.
- Suministrar herramientas al personal médico actuante en el proceso de parto que le posibiliten desarrollar un mejor trabajo.

5.9.2. Alcance de La alternativa

El significado práctico de los resultados de una investigación se describe según el tamaño del efecto observado. El tamaño del efecto es la magnitud del resultado. Es decir, permite dar una estimación del alcance de nuestros hallazgos.

Bibliografía

1. Altamirano, G. A. (2015). *ELSIEVER*. Obtenido de Hemorragia Obstetrica manejada con balón de Bakri : <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-hemorragia-obstetrica-manejada-con-balon-S0210573X13001330>
2. Arce., G. (2014). HEMORRAGIA POSTPARTO. *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA. O B S T E T R I C I A*, 80.
3. Asturizaga, D. P., & Jaldin, D. L. (2014). HEMORRAGIA OBSTÉTRICA . *SCIELO*, 57-68. Recuperado el 2019, de http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v20n2/v20n2_a09.pdf
4. Bayard, L. (2018). *CONMIS HIJOS*. Obtenido de Fases del parto: <https://www.conmishijos.com/embarazo/parto/periodos-del-parto/>
5. BENIGNO, J. (2014). *INCIDENCIA DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO POR ATONIA UTERINA*.
6. Botero, Alfonso, & Guillermo. (2008). *Obstetricia y Ginecología. Corporación para Investigaciones Biológicas*. Obtenido de *Obstetricia y Ginecología*. 7ma. ed. Corporación para Investigaciones Biológicas : <http://books.google.es/books?id=opXDMTRnzFAC>
7. Chaves, D. J. (2016). *DSPACE CUENCA EDU*. Obtenido de La Hemorragia Postparto es una de las complicaciones obstétricas más temidas y se sitúa entre las tres primeras causas de mortalidad materna principalmente en países en vías de desarrollo.: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3990/1/MEDGO36.pdf>
8. Chimá, É. F. (2010). BALÓN DE BAKRI EN HEMORRAGIA POSPARTO EN MEDELLÍN (COLOMBIA): REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA

LITERATURA . *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* Vol. 61.
Obtenido de BALÓN DE BAKRI EN HEMORRAGIA POSPARTO EN
MEDELLÍN (COLOMBIA): REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA
LITERATURA .

9. Cristina. (2008). *Protocolo paratratamiento y prevencion de hemorragias obstetricas*. Scrib In.
10. Cunningham, G., & Dorsten, V. (2003). *Manejo de la Hemorragia posparto*. . Editorial panamericana.
11. Folgado, A. C. (2015). *GUIA INFANTIL*. Obtenido de Etapas del Parto- La Dilatacion: <https://www.guiainfantil.com/articulos/parto/dilatacion/etapas-del-parto-la-dilatacion/>
12. Healthcare, S. (2019). *WEBCONSULTAS*. Recuperado el Julio de 2019, de Atonia Uterina: <https://www.webconsultas.com/embarazo/el-posparto/atonia-uterina-14026>
13. Hernández, G., & Espino, P. (2010). *Hemorragias en obstetricia*. . Cuba: Acta Médica del Centro Hospital Villa Clara Cuba.
14. Karlson, H. (2016). *Scielo*. Obtenido de Aspectos Primordiales del Manejo de HPP: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272009000200014
15. Karlsson. (2009). *Hemorragia Post parto*. Scielo.
16. Karlsson, H., & Perez, S. (2009). *SCIELO* . Obtenido de MANEJO DE ATONIA UTERINA-HEMORRAGIA:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272009000200014
17. Karrison, H., & Perez, C. (2009). Hemorragia postparto. *SCIELO*, 159-167.
Recuperado el Agosto de 2019, de scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32s1/obstetricia6.pdf

18. Lopez, J. (2018). *KIDSHEALTH*. Obtenido de ROTURA UTERINA:
<https://kidshealth.org/es/parents/test-vwf-esp.html>
19. Luna, F. T. (2017). *CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE HEMORRAGIA POSTPARTO INMEDIATO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL ESCUELA SANTIAGO DE JINOTEPE DURANTE EL PERIODO ENERO A DICIEMBRE 2016*. Recuperado el 2019, de REPOSTORIO UNAN:
<http://repositorio.unan.edu.ni/4538/1/96686.pdf>
20. Martin, J. (2018). *ECURED*. Obtenido de Atonia Uterina :
https://www.ecured.cu/Aton%C3%ADa_uterina#Diagn.C3.B3stico
21. MSP. (25 de Noviembre de 2014). *Salu Zona 1-Guía de Practica Clinica*. Recuperado el Junio de 2019, de Prevencion, diagnostico y tratamiento de la hemorragia posparto:
<http://www.saludzona1.gob.ec/cz1/images/PROGRAMAS/GUIASCLINICAS/2013/Guia%20de%20bolsillo%20hemorragia%20postparto.pdf>
22. Natal. (2014). *REVISTA CUBANA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA*. Obtenido de Caracterizacion de las pacientes con hemorragia uterina puerperal en las que se utilizo misoprotosol: <http://scielo.sld.cu>
23. OMS. (2014). *Recomendaciones para la prevención y el tratamiento de la Hemorragia Postparto*. .
24. Oyelese, Y., Scorza, & Mastrolia. (2007). *Hemorragia posparto*. . Obstet Gynecol .
25. Pabón, D. Z. (08 de 2014). *Medicina UCR*. Obtenido de contractilidad del parto: <http://medicina-ucr.com/cuarto/wp-content/uploads/2014/08/Fisiolog%C3%ADa-de-la-Contractilidad-Uterina-Per%C3%ADodos-del-Parto-.pdf>
26. Peniche, M. d. (2011). *SCIELO* . Obtenido de Retención de restos placentarios. Importancia del expediente clínico en la valoración de la atención médica. Caso de la CONAMED:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422011000500009

27. PI, Á., Águila, S., & Acosta, R. (2006). *Sangramiento en obstetricia*. La Habana: Ciencias Médicas: Rigol Ricardo O. Obstetricia y Ginecología.
28. Raine, S. (2003-2017). *Complicaciones Obstétricas y Agresión. . Agresividad y agresión*.
29. Ruiz, P. (2016). *MSAL GOB*. Obtenido de Guia Hemorragia Post Parto: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000244cnt-g14.guia-hemorragia-post-parto.pdf>
30. Salazar, R. (2007). *Atonía uterina y factores asociados* . Biblioteca Central UNMSM.
31. Sanchez, F. (2016). *REPO UTA*. Obtenido de Inversion Uterina: <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/19249/2/Caso%20cl%C3%ADnico%20Fausto%20S%C3%A1nchez.pdf>
32. *Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Fundamentos de Obstetricia* . (2009). España: Elsevier.
33. Solari, A. (2014). *ELSEVIER*. Obtenido de HEMORRAGIA POST PARTO: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-hemorragia-del-postparto-principales-etilogias-S0716864014706492>
34. Solari, A. (2014). *HEMORRAGIA DEL POSTPARTO*. REVISTA MEDICA CLINICA LAS CONDES.
35. Solari, C. (2015). *Guia de Parto*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Gu%C3%ADa-de-hemorragia-postparto.pdf>
36. SOLARI, D. A. (2014). HEMORRAGIA DEL POSTPARTO. PRINCIPALES ETIOLOGÍAS, SU PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. *MEDICA CLINICA CONDES*, 993-1003. Obtenido de https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/6%20Nov/21-solari.pdf

37. Solis, J. (2015). *PATH AZURE*. Obtenido de https://path.azureedge.net/media/documents/TS_oiu_amtsl_guat_rpt_sp.pdf
38. Souza, B. T. (2018). *SCIELO*. Obtenido de Identificación de las señales de alerta para la prevención de la parada: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v27/es_0104-1169-rlae-27-e3072.pdf
39. TERCERO, J. B. (2014). *INCIDENCIA DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO POR ATONIA UTERINA*.
40. Treviño, P. F. (2018). *SCIELO*. Obtenido de Traje antichoque no neumático: una opción en el tratamiento de la paciente con hemorragia obstétrica: <http://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v86n3/0300-9041-gom-86-03-200.pdf>
41. Valdez, J. (2016). *MATERNO INFANTIL*. Obtenido de Manejo activo de la tercera etapa de parto: <http://www.maternoinfantil.org/archivos/A34.PDF>
42. Vilchis, M. E. (2015). *MEDICINA FETAL* . Obtenido de Retención de restos placentarios. Importancia del expediente clínico en la valoración de la atención médica. Caso de la CONAMED: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/lesiones%20perineales%20de%20origen%20obst%C3%A9trica/new.pdf>
43. *WHO* . (2018). Obtenido de Factores de riesgo: http://origin.who.int/topics/risk_factors/es/
44. Winograd, R. H. (2002). *Manejo de la Hemorragia Obstetrica*.

ANEXOS

Anexo 1.- MATRIZ DE PROBLEMATIZACION

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS
¿Cuál es la relación que existe entre la Hemorragia Postparto y la Atonía Uterina en mujeres multíparas menores de 30 años del Hospital Dr. Nicolás Coto Infante de Vinces, Provincia de los Ríos, Periodo mayo-septiembre 2019?	Determinar la relación entre la Hemorragia Postparto y la Atonía Uterina en mujeres multíparas menores de 30 años del Hospital Dr. Nicolás Coto Infante de Vinces, Provincia de los Ríos, Periodo Mayo – septiembre 2019.	Al mejorar el manejo de las hemorragias postparto y su relación con atonía uterina se beneficiara la salud de las mujeres multíparas menores de 30 años que asisten al Hospital Dr. Nicolás Coto Infante de la Ciudad de Vinces, Provincia de Los Ríos, periodo Junio-Octubre 2019.
PROBLEMAS DERIVADOS	OBJETIVOS ESPECIFICOS	
¿Con que frecuencia se presenta la hemorragia post parto en mujeres multíparas menores de 30 años? ¿Cómo se relaciona la frecuencia de hemorragia post parto con la aparición de atonía uterina?	Determinar la frecuencia con la que se presenta la hemorragia post parto en mujeres multíparas menores de 30 años. Relación entre la frecuencia de hemorragia post parto con la aparición de atonía uterina.	

Anexo 2.- INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS HOJA DE EXCELL

N°	DATOS DE LA MUJER									ATONIA UTERINA						HEMORRAGIA POST PARTO																						
	CODIGOS DE HISTORIA CLINICA			EDAD			TIPOS DE PARTO			NUMERO DE CONTROLES PRENATALES		PERIODO INTERGENESICO			ESTADO NUTRICIONAL			TIPOS DE ATONIA UTERINA		CAUSAS				FACTORES DE RIESGO		TIPO DE HEMORRAGIA		CAUSAS			FACTORES DE RIESGO							
																																		Gn	Vn	AÑOS	NORMAL	SOBREPESO

ANEXO 3.- FICHA PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS			PARTO VAGINAL		PARTO POR CESAREA	
EDAD	15-19 AÑOS		20-25 AÑOS		26-30 AÑOS	
NUMERO DE CONTROL PRENATAL			<5		>5	
ESTADO NUTRICIONAL	PESO NORMAL		SOBREPESO		OBESIDAD	
PERIODO INTERGENESICO						
COMPLICACIONES OBTETRICAS EN LA MADRE						
ATONIA UTERINA						
HEMORRAGIA POST PARTO						
HISTERECTOMIA POST PARTO						
TRANSFUSION SANGUINEA						
INFECCION DEL SITIO QUIRURGICO/EPISIORRAFIA						
TIPO DE ATONIA UTERINA		CAUSAS DE ATONIA UTERINA		FACTORES DE RIESGO DE ATONIA UTERINA		
TARDIA		MULTIPARIDAD		FIEBRE		
PRECOZ		AGOTAMIENTO MUSCULAR		MIOMAS UTERINOS		
		PLACENTA PREVIA		PLACENTA PREVIA		
TIPO DE HPP		CAUSAS DE HPP		FACTORES DE RIESGO DE HPP		
TEMPRANA		PERDIDA DE TONO		RPM		
TARDIA		RETENCION DE TEJIDOS		SIRUGIA UTERINA PREVIA		
		LESION DE CANAL DE PARTO		ACRETISMO PLACENTARIO		

Anexo 4.- Fotografías de la recolección de datos





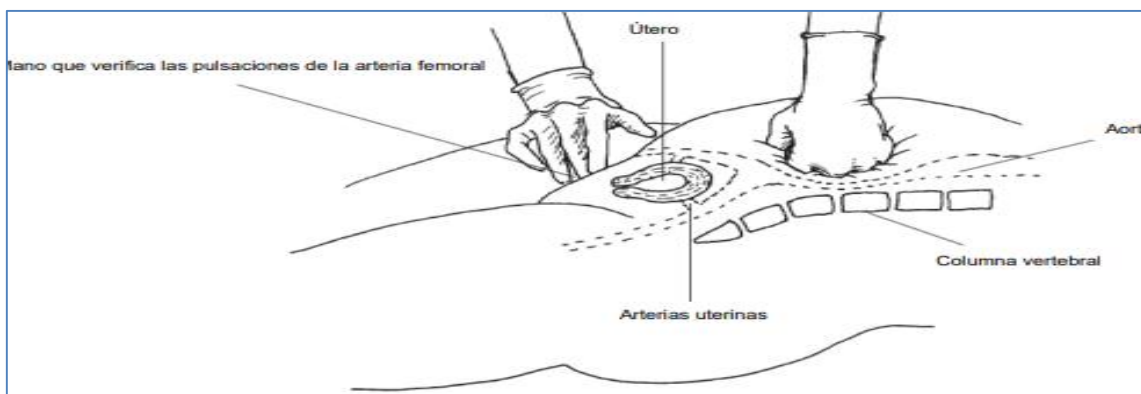
Anexo 5.-manejo de hemorragia

Ilustración 1 Masaje Bimanual Externo Uterino



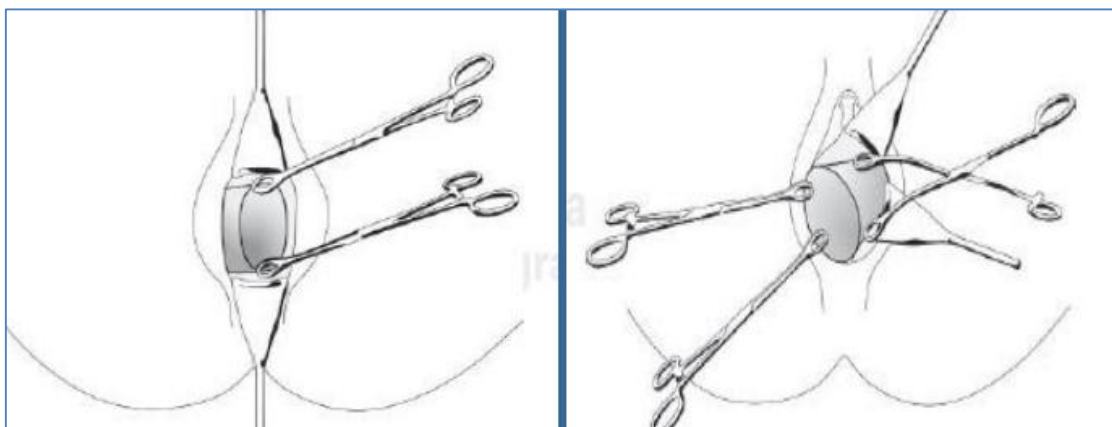
Fuente: (Solari C. , 2015)

Ilustración 2 Compresión de la aorta abdominal



Fuente: (Solari C. , 2015)

Ilustración 3 Técnica Zea-Prado



Fuente: (Solari C. , 2015)

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 causa y efectos del riesgo de HPP	11
Tabla 2 causas de la HPP	14
Tabla 3 causas de la HPP	15
Tabla 4 pasos para manejo de trabajo de parto	25
Tabla 5 causas de atonía uterina	30
Tabla 6 factores de riesgo	32
Tabla 7.- edad de las mujeres	47
Tabla 8.- Tipo de parto	48
Tabla 9 estado nutricional	49
Tabla 10 tipo de Atonía uterina	50
Tabla 11 Complicaciones Obstétricas	51
Tabla 12 causas de Atonía uterina	52
Tabla 13 factores de riesgo en la Atonía uterina	53
Tabla 14 tipos de hemorragia post parto	54
Tabla 15 causas de hemorragia post parto	55
Tabla 16 factores de riesgo en la hemorragia post parto	56

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO 1.- edad de las mujeres	47
GRAFICO 2.- Tipo de Parto	48
GRAFICO 3. Estado nutricional	49
GRAFICO 4 tipo de Atonía uterina	50
GRAFICO 5.- complicaciones obstétricas	51
GRAFICO 6 causas de la Atonía uterina	52
GRAFICO 7 factores de riesgo en la Atonía uterina	53
GRAFICO 8 tipos de hemorragia post parto	54
GRAFICO 9 causas de hemorragia post parto	55
GRAFICO 10 factores de riesgo de la hemorragia post parto	56

INDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Masaje Bimanual Externo Uterino	81
Ilustración 2 Compresión de la aorta abdominal	81
Ilustración 3 Técnica Zea-Prado	81