



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHYO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA OBSTETRICIA**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE OBSTETRIZ / OBSTETRA

TEMA:

**ATONÍA UTERINA ASOCIADA A EXPULSIVO PROLONGADO EN MUJERES DE
15 A 35 AÑOS EN HOSPITAL GUSTAVO DOMÍNGUEZ - SANTO DOMINGO DE
LOS TSACHILAS; ENERO-JUNIO 2019**

AUTORES:

**CHECA VERA JENNIFFER LIZETH
VIZUETE CEVALLOS TERESA JACQUELINE**

TUTOR:

Lilian Muñoz

Babahoyo –Los Ríos – Ecuador

2019

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	¡Error! Marcador no definido.
CAPITULO I	10
1. PROBLEMA	10
1.1. MARCO CONTEXTUAL	10
1.2. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	13
1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	¡Error! Marcador no definido.
1.4. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	16
1.5. JUSTIFICACIÓN	17
1.6. OBJETIVOS.....	18
CAPITULO II	19
2.1. MARCO TEÓRICO.....	19
2.2. HIPÓTESIS.....	43
2.3 VARIABLES	43
CAPITULO III.....	45
3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	45
3.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.....	45
3.2. MODALIDAD DE INVESTIGACION	45
3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	48
3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA	48
3.5 CRONOGRAMA DEL PROYECTO	50
3.6 RECURSOS	51
BIBLIOGRAFÍA	74
ANEXOS.....	78
.....	80

ÍNDICE DE TABLA

Tabla 1: Fases de duración del Expulsivo	27
Tabla 2: operacionalización de las variables.....	44
Tabla 3: Cronograma del Proyecto	50
Tabla 4: Recursos Humanos	51
Tabla 5: Recursos Económicos.....	51

ÍNDICE DE FIGURA

Figura 1: Modelo actual del partograma	20
Figura 2: Causas que incrementan los riesgos de Atonía Uterina.....	31

TEMA

ATONÍA UTERINA ASOCIADA A EXPULSIVO PROLONGADO EN MUJERES DE 15 A 35 AÑOS EN HOSPITAL GUSTAVO DOMÍNGUEZ - SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS; ENERO-JUNIO 2019

RESUMEN

La atonía uterina es la falta de contracción de las fibras miométriales del músculo liso al no haber la contracción los vasos sanguíneos quedan expuestos y por consiguiente hay pérdida hemática. es decir, una pérdida de más de 1.000 mililitros de sangre, esa falta de tono impide la contracción tras el parto y un consecuente retraso en su involución tras el parto. Es importante destacar que, una vez que la madre expulsa al feto y a la placenta, se desarrolla un proceso importante, el cual consiste en una potente contracción uterina cuya función es el cierre de los vasos sanguíneos del útero, la cual permite que el sangrado sea mínimo en la madre. Cuando este proceso no se produce, se origina la atonía uterina o inercia puede tener consecuencias mortales para la parturienta, prevaleciendo esta como una de las tres principales causas de mortalidad materna en el mundo. Y es la segunda causa de muerte en el Ecuador, con una frecuencia de 70%. La muestra escogida en el presente estudio fueron 28 pacientes del Hospital Gustavo Domínguez Zambrano, atendidas en el periodo enero-junio 2019, obteniéndose como resultado que: las complicaciones maternas más frecuentes del período expulsivo prolongado, es la atonía uterina en un 50%, por su parte el rango de edad en el cual se presentó mayormente esta complicación, fue en el rango de 15 a 20 años, con un 36%, por otra parte el mayor porcentaje con atonía fueron las gestantes nulíparas, quienes tuvieron hemorragias con mayor frecuencia en un 55%, mientras que las que presentaron periodos expulsivos prolongados fueron las multíparas con un 61%, por otra parte las pacientes que presentaron atonía asociada a la expulsión prolongada fueron obtuvieron un porcentaje de 70%, siendo el mayor número de casos, el mayor factor de riesgo que se presentó en el periodo prolongado fue la administración de uterotónicos con un 28%. También se determinó que solo el 39% de los profesionales desarrollaron el correcto manejo del partograma. Finalmente se concluyó que la atonía uterina está asociada al expulsivo prolongado, determinándose como solución a los casos concurrentes y su disminución la realización de un programa que procure capacitar y concientizar a los profesionales de salud en el correcto manejo del partograma.

Palabras Claves: Atonía uterina, expulsivo prolongado, hemorragias postparto.

ABSTRACT

Uterine atony is generated when the uterus does not contract due to lack of tone, which causes the blood vessels to remain open and severe bleeding, that is, a loss of more than 1,000 milliliters of blood, that lack of tone prevents contraction after childbirth and a consequent delay in its involution after childbirth. Importantly, once the mother expels the baby and the placenta, an important process develops, which consists of a potent uterine contraction whose function is the closure of the blood vessels of the uterus, which allows the bleeding to be Minimum in the mother. But when this process does not occur, uterine atony or inertia originates and the result is a major hemorrhage and when not properly controlled it can have fatal consequences for the parturient, prevailing as one of the three main causes of maternal mortality in the world. And it is the second cause of death in Ecuador, with a frequency of 70%. The sample chosen in the present study were 28 patients of the Gustavo Domínguez Zambrano Hospital, treated in the January-June 2019 period, obtaining as a result that: the most frequent maternal complications of the prolonged expulsive period, is 50% uterine atony, for On the other hand, the age range in which this complication was mostly presented, was in the range of 15 to 20 years, with 36%, on the other hand the highest percentage with atony were the nulliparous pregnant women, who had hemorrhages with greater frequency in 55%, while those with prolonged expulsion periods were multiparous with 61%, on the other hand, patients who presented atony associated with prolonged expulsion were obtained a percentage of 70%, the largest number of cases being the highest risk factor that occurred in the prolonged period was the administration of uterotonics with 28%. It was also determined that only 61% of the professionals developed the correct management of the childbirth. Finally, it was concluded that uterine atony is associated with prolonged expulsion, determining as a solution to concurrent cases and its diminution, the realization of a program that seeks to train and raise awareness among health professionals in the correct management of the childbirth.

Keywords: Uterine atony, prolonged expulsion, postpartum hemorrhages.

INTRODUCCIÓN

Si bien, las complicaciones y muertes de neonatales que son el producto del expulsivo prolongado en partos eutócicos, conforman uno de los problemas que enfrenta la salud pública en América Latina y el Caribe. A pesar de que no se tiene que el embarazo y el parto son una enfermedad, de igual manera representa riesgo tanto para la madre o neonato por el surgimiento de posibles complicaciones, especialmente en la etapa de parto. Siendo el caso de la atonía uterina.

Para (Cesale, 2018) la HPP “es una de las complicaciones obstétricas que concurren con frecuencia en el puerperio, siendo temida por sus consecuencias. Esta es una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo, en especial en países en vías de desarrollo”. (pág. 17). Por ello, es necesario que la paciente desde el inicio de su embarazo tenga una correcta evaluación y previsión médica a fin de evitar el surgimiento de estas complicaciones.

De la misma forma, (De la Torre & Gallegos, 2019) mencionan que:

La hemorragia postparto (HPP) representa toda pérdida sanguínea que esté por encima de 500 ml en un parto normal y que supera los 1000 ml en un parto quirúrgico con riesgo de producir inestabilidad hemodinámica en las pacientes. Esta se debe por atonía uterina, siendo la causa más frecuente de mortalidad materna evitable a nivel mundial, y la segunda causa de muerte en el Ecuador, con una frecuencia de 70% dentro de las primeras 24 horas durante el puerperio que se asocia a complicaciones como shock hipovolémico (pág. 25).

De acuerdo a la Organización Mundial de Salud (OMS, 2014): “cada año un aproximado de 14 millones de mujeres sufren de sangrado postparto. Donde un 75 a 90% de los casos son ocasionados por atonía uterina y de ellas 125.000 fallecen” (pág. 13). Por lo que evidencia que dicha complicación que se suscita en el parto debe

ser abordada de manera eficiente, siendo una problemática que se ha ido acrecentado dentro del medio de la salud.

Si bien, la atonía uterina comienza cuando tiende a fallar la contractibilidad del útero, una vez que se producido la salida del producto y también de la placenta, teniendo como resultado la excesiva pérdida de sangre en el lecho placentario. Por consiguiente, debe ser muy minucioso el manejo clínico que brinde el profesional de salud a fin de dar un diagnóstico certero de atonía uterina y descartar cualquier otro motivo del sangrado.

Es preciso señalar también que lo mencionado por Torres, quien señala que los factores intrínsecos asociados a atonía uterina incluyen por lo general la estimulación o inducción al trabajo de parto, hemorragia posparto, un trabajo de parto prolongado, placenta previa, multiparidad (desgaste de las fibras musculares), obesidad, extracción manual de la placenta, una edad de la madre mayor de 35 años y retención de coágulos” (Torres, 2017, pág. 59).

En efecto, es necesario que los profesionales de la salud cuenten con una debida preparación, además de contar con un equipo que les permita detectar los factores de riesgos y complicaciones de hemorragias en las mujeres embarazadas, de esto modo llevar a cabo un seguimiento correcto al momento del parto y de surgir alguna complicación actuar a tiempo con la mayor eficiencia a fin de evitar posibles hemorragias.

Por esta razón el presente estudio es realizado, con el propósito de brindar primeramente una revisión más detallada sobre las complicaciones que surgen durante el trabajo de parto, como es la atonía uterina. Por su parte la Organización Mundial de la Salud destaco la necesidad que existe de revisar el modelo biomédico sobre los cuidados que deben seguirse durante la etapa del embarazo y el parto, caracterizado por un elevado intervencionismo y excesiva medicalización en países desarrollados, considerando inapropiado la realización de ciertas intervenciones y

prácticas, como son la rotura artificial de bolsa amniótica de forma temprana o la amniotomía, además del el uso frecuente de oxitocina, entre otras. (OMS, 2014, pág. 18).

CAPÍTULO I

1. PROBLEMA

1.1 MARCO CONTEXTUAL

1.1.2 CONTEXTO INTERNACIONAL

De acuerdo a lo señalado por los autores Díaz & Hernández (2016): “la hemorragia postparto (HPP), generalmente afecta en un aproximado al 2% de las mujeres parturientas, y se encuentra asociada a un cuarto de todas las defunciones maternas en todo el mundo” (2016, pág. 19). Por ello debe ser una de las complicaciones que debe ser mayormente prevenida al momento del parto, a fin de evitar las consecuencias que tiene la misma.

Además, esta enfermedad es la causa principal de mortalidad materna en la mayoría de los países de ingresos bajos. Se conoce a través de estudios realizados por el investigador Asturizaga, que en países subdesarrollados la proporción de este tipo de complicaciones que causan la muerte de la madre, se eleva hasta el 60%, además, se estima que en países en desarrollo presentan las mujeres en trabajo de parto un riesgo de muerte por HPP de 1/1000 mientras que en los países desarrollados es de 1/100,000. (Asturizaga & Toledo, 2014, pág. 35).

Por otra parte, el autor Cesale en su investigación señala que: “se estima que el 8.2% de las mujeres que dan a luz en América Latina sufrirán una hemorragia postparto grave que requerirá una transfusión” (pág. 56). Lamentablemente esta es una problemática que se enfrenta a nivel de salud en Latinoamérica, siendo una de las causas frecuentes de muertes en mujeres que han enfrentado un trabajo de parto laborioso y forzado (Cesale, 2018, pág. 121).

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud en un estudio realizado en el 2014, reportó un promedio de 830,000 muertes maternas al año, en un primer lugar lo ocupó las hemorragias posparto, las cuales son principalmente originadas por atonías uterinas lo que representa el 24% de muertes maternas por dicha incidencia (OMS, 2014, pág. 26).

De igual manera los estudios realizados por el investigador Calle (2013) evidencian que: “en América, el manejo activo del parto implicaría una reducción de 770,000 hemorragias, 170,000 hemorragias severas y 140,000 transfusiones de sangre” (pág. 102). Lo anterior referenciado indica que estas complicaciones son bastantes frecuentes y son causa de muertes maternas, debiendo ser abordadas a tiempo por los médicos y profesionales de salud que valoran a la madre antes y durante la etapa de parto, de este modo dichas tasas de mortalidad materna por estas complicaciones disminuirían.

Según estudios realizados por Gülmezoglu en el año 2015, explican que nivel mundial un 80% aproximadamente de las muertes maternas son causadas de manera directa por hemorragias intensas, que por lo general ocurre en madres puerperales, también se debe a la presencia de infecciones, que en la mayoría de los casos son septicemia, la eclampsia como uno de los trastornos hipertensivos que se presentan durante el embarazo y finalmente el parto obstruido (Gülmezoglu, 2015, pág. 52).

1.1.1. CONTEXTO NACIONAL

Según el (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013), en su informe señala que: “La HPP es la segunda causa de muerte materna en nuestro país”. (Pág.1). Lo que indica que es un problema latente y creciente dentro del ramo de la salud del país este tipo de complicación durante y después del parto, el cual debe ser abordado con mayor atención e interés por el Estado y por quienes desempeñan la labor médica.

También, según el INEC en el Ecuador, el registro de defunciones maternas forma parte del registro de Defunciones Generales de las Estadísticas Vitales, generadas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), que ofrecen información sistemática y continúa respecto de la inscripción de nacimientos y defunciones en el año de referencia. (INEC, 2017).

Por otra parte el MSP, en un informe señala que las hemorragias obstétricas comprenden el 23,52%, siendo la segunda causa de muertes maternas en Ecuador. De igual manera en el 2019, se registraron 103 casos de fallecimientos de madres, lo que representa el 41,75%(43MM) generalmente estas ocurren en el momento del puerperio inmediato. (INEC, 2017).

En efecto, se puede evidenciar que la hemorragia posparto es causada generalmente por atonía uterina, la cual desemboca en la causa más frecuente de mortalidad materna, considerándose que esta puede ser evitada en todo el mundo. En Ecuador representa la segunda causa de muerte materna, sobre todo en aquellas mujeres que no cuentan con la debida atención medida en su embarazo y al momento del parto, tal es el caso de las mujeres indígenas, donde sólo el 30,1% de partos de estas mujeres ocurren en hospitales o centros de salud” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013).

1.1.2. CONTEXTO REGIONAL

En lo que respecta a este estudio y la zona escogida para la misma. Se conoce que en la provincia de los Tsáchilas nacen por parto normal 4.500, de estos presentan alguna complicación en el parto y posterior, un aproximado de 600 casos. Además según el MSP de la Provincia de Santo Domingo, se presenta con una tasa de 0,76 de casos, es decir que por cada 10.000 embarazadas aproximadamente 1 embarazada está en riesgo de fallecer. (INEC, 2017).

1.1.3. CONTEXTO LOCAL Y/O INSTITUCIONAL

Según información del Departamento de estadísticas del Hospital Gustavo Domínguez, no se tiene conocimiento o registro alguno sobre investigaciones referentes a casos de atonía uterina asociada a expulsivo prolongado. Por lo que no se encontraron datos estadísticos exactos, no pudiendo citar alguna cantidad significativa acerca de esta información.

1.2. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La atonía uterina representa una de las causas principales de muerte materna durante el parto o luego de este, siendo responsable en un 80-90% de las HPP a nivel mundial. Y se la asocia a diferentes orígenes fisiológicos o causas como sobredistención uterina corioamnionitis, agotamiento muscular. Siendo el parto prolongado un factor de riesgo del agotamiento muscular en esta investigación se encontró varios casos que relacionan estas complicaciones maternas que van de la mano.

Por su parte en Ecuador, la HPP primaria o mejor conocida como inmediata se origina de manera frecuente, donde aproximadamente el 70% de los casos son generados por la atonía uterina, produciéndose en las madres primerizas generalmente por presentar la incapacidad del útero de contraerse de forma adecuada después del nacimiento del bebé (MSP , 2014).

Siendo el parto prolongado un riesgo del agotamiento muscular, se ha evidenciado que la extensión del periodo expulsivo causa una falla en el descenso del RN, por consecuencia se incrementa la probabilidad de presentar una atonía uterina luego del nacimiento. Es importante recalcar que es necesario y urgente el estudio de factores que puedan presentarse en las mujeres embarazadas y en el momento del parto, debido a que estas revisiones exhaustivas son útiles, ya que evitan muertes maternas.

Por su parte los investigadores Hernández & García (2016) mencionan que existen parámetros que influyen en la incidencia de hemorragia postparto; estas generalmente son por faltas en la cuantificación de la pérdida sanguínea, en la atención de la tercera etapa del parto (aplicación de uterotónicos, masaje uterino, tracción controlada del cordón), intervenciones obstétricas (episiotomía, tipo de parto) y las características de la población. (pág. 46).

Lo que evidencia que las hemorragias postparto son comunes, pero las mismas pueden ser controladas y prevenidas a fin de evitar consecuencias irremediables, como es la muerte de la madre, mostrándose en citas anteriores, que estas representan unas de las principales causas de mortalidad en madres, tanto a nivel mundial, como específicamente en Ecuador.

En concordancia estudios revelan que, a previas revisiones y precauciones por parte del médico permitieron identificar los factores predisponentes a la pérdida excesiva de sangre en el postparto, entre los que se destacan principalmente: “primigravidez, obesidad materna, macrosomía fetal, embarazo múltiple, trabajo de parto prolongado, corioamnionitis, preeclampsia, anemia materna y hemorragia preparto” (Díaz & Ferrero, 2016).

Es preciso expresar que para detener de manera eficaz y oportuna la hemorragia es importante identificar los factores de riesgo de cada paciente y establecer un plan de tratamiento. Considerando que la atonía uterina es una de las causas principales de muertes frecuentes de madres, por las hemorragias puerperales precoces que esta ocasionan, quedando vinculado en su totalidad estas incidencias a la mortalidad maternal.

Por lo anterior referenciado, este estudio surge debido a la carencia de investigaciones e información asociada existente a las complicaciones en el parto en expulsivo prologado, representando en la actualidad un problema para el gremio de la Salud en Ecuador, siendo necesaria la revisión y establecimiento de prácticas que garanticen

la salud de la madre y del producto al momento del parto y después del mismo, donde incentive y motive al profesional de salud de actuar con eficacia en una emergencia o incidencia que en esta investigación se indaga.

Asimismo, la (OMS, 2014) reportó en su informe que: “un promedio de 830,000 muertes maternas al año, en primer lugar, por hemorragia posparto, que principalmente son originadas por atonías uterinas lo que representa 24% de muertes maternas”. (pág. 27). Partiendo de estas cifras, se considera necesario la realización de mayores estudios que permitan el desarrollo y acuerdo de prácticas profesionales que permitan disminuir la prosecución de estos casos en madres.

Además, según (Coronado, 2016): “más del 50% de estas muertes se presentan en las primeras 4 horas posparto, cerca del 99% ocurren en países en vías de desarrollo”. (pág. 24). Lo que refleja la insuficiente atención que hasta el momento ha tenido este problema, considerándose necesario la aplicación de estrategias que contribuyan al diagnóstico a tiempo de incidencias, cuando se determinen los principales factores de riesgos.

Finalmente, se debe señalar que la hemorragia posparto, es causada principalmente por una atonía uterina, referenciándose con anterioridad que esta es uno de los motivos más frecuente de mortalidad materna a nivel mundial y que a su vez representa una de las causas de muertes maternas en Ecuador. De la misma forma, es trascendental destacar la importancia de esta complicación, tanto por su magnitud como por la existencia hoy por hoy de herramientas disponibles para evitar o disminuir al mínimo su ocurrencia.

1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.3.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es la asociación entre la atonía uterina y expulsivo prolongado en mujeres de edades comprendidas entre 15 a 35 años en el Hospital Gustavo Domínguez - Santo Domingo de los Tsáchilas; Enero-Junio 2019?

1.3.2. PROBLEMAS DERIVADOS

- ¿Cuál es el porcentaje de atonía uterina en mujeres de 15 a 35 años en Hospital Gustavo Domínguez - Santo domingo de los Tsáchilas; Enero-Junio 2019?
- ¿Cuál es el porcentaje de expulsivo prolongado en mujeres de 15 a 35 años en Hospital Gustavo Domínguez - Santo domingo de los Tsáchilas; Enero- Junio 2019?

1.4. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

- **Delimitación espacial** La presente investigación se realizará en el Hospital Gustavo Domínguez durante el periodo de enero-junio 2019. En Santo Domingo de los Tsáchilas, el cual se encuentra ubicado en la Av. Yamboya y Av. Las Delicias.
- **Delimitación temática** El presente estudio tendrá como tema principal el expulsivo prolongado como factor asociado atonía uterina.
- **Delimitación temporal** Para el presente estudio se realizará una revisión de historias clínicas correspondientes al año 2019.

- **Delimitación poblacional** La población estará conformada por todas las pacientes de parto vaginal atendidas en el Hospital Gustavo Domínguez durante el periodo de enero-junio 2019.

1.5. JUSTIFICACIÓN

El número de casos de atonía uterina cada vez va en aumento y la falta de datos que cuantifiquen las características asociadas a esta complicación prevenible, justificaron la realización de esta investigación, la cual fue necesaria y beneficioso realizar; la misma es sustentada en evidencia científica de la relación entre atonía uterina y el expulsivo prolongado, con el propósito de contribuir en la salud maternal al disminuir la mortalidad materno- neonatal.

Además, dicho estudio fue realizado con el fin de generar información actualizada para futuras generaciones, por lo tanto, justificamos nuestra investigación para prevención de hemorragia postparto inmediato y corroboración de factores de riesgo de atonía uterina y desarrollar alternativas en el manejo e identificación del periodo de expulsivo prolongado. Es factible porque está al alcance del investigador y dentro de nuestros recursos.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la asociación que existe entre la atonía uterina y expulsivo prolongado en las mujeres en edades comprendidas de 15 a 35 años, en Hospital Gustavo Domínguez - Santo Domingo de los Tsáchilas; Enero- Junio 2019.

1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer el porcentaje de expulsivo prolongado en mujeres de 15 a 35 años en Hospital Gustavo Domínguez - Santo Domingo de los Tsáchilas; Enero-Junio 2019.
- Valorar el porcentaje de atonía uterina en mujeres de 15 a 35 años en hospital Gustavo Domínguez - santo domingo de los Tsáchilas; enero-junio 2019.
- Relacionar el porcentaje de atonía uterina asociadas a expulsivo prolongado en mujeres de 15 a 35 años en hospital Gustavo Domínguez - santo domingo de los Tsáchilas; enero-junio 2019.

CAPITULO II

2.1. MARCO TEÓRICO

TRABAJO DE PARTO

Según (Ralph & Contanza, 2017), hacen referencia que el trabajo de parto: “corresponde al proceso fisiológico, mediado por las contracciones uterinas, que conduce al parto, si bien, este comienza con las primeras contracciones uterinas perceptibles y termina con la expulsión de la placenta”. (pág. 23). Por lo que se puede resaltar que este es un proceso natural y biológico, estando seccionado en tres etapas, el cual se obtiene como resultado el nacimiento del recién nacido.

En efecto, el Trabajo de Parto corresponde a la fase de estimulación miometrial. Ahora bien, para lograr esto, el trabajo de parto requiere de contracciones uterinas rítmicas, intensas y prolongadas, de manera que se produzca el borramiento, la dilatación del cuello y el descenso del feto (Ralph & Contanza, 2017, pág. 34).

Por otra parte, el Ministerio de Salud Pública En Ecuador, señala que operacionalmente se define a este término trabajo de parto, como la presencia de > 2 contracciones en 10 minutos, de 30 o más segundos de duración (palpatoria), por un período mínimo de una hora, la cual va acompañadas de modificaciones cervicales (borramiento > 50% y dilatación > 1 cm (del orificio cervical interno)”. (Ministerio de salud pública, 2015).

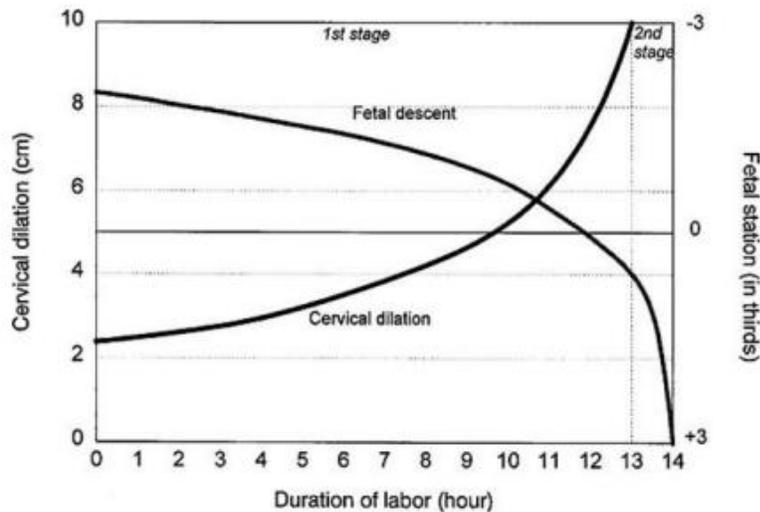
En este punto, es necesario mencionar las fases clínicas del trabajo de parto fueron establecidas en el trabajo de Dr. Emanuel A. Friedman en el año 1954, quien presentó una representación gráfica de la progresión del trabajo de parto, desarrollándolo en un partograma, el cual se representa el proceso de parto, donde se ilustra o dibuja el

progreso de la dilatación y el descenso de la presentación fetal, en función del tiempo (Ralph & Contanza, 2017).

Es importante señalar que esta herramienta es de gran utilidad para la detección y prevención de incidencias en el trabajo de parto, como es la atonía uterina, evitándose la presentación de hemorragias posteriores al parto.

A continuación, se mostrará una gráfica que indicará el partograma:

Figura 1: Modelo actual del partograma



Fuente: (Ralph & Contanza, 2017)

Como se puede observar en la figura 1, el modelo actual del partograma muestra que la velocidad de la dilatación cervical es progresiva. Mientras que el descenso de la presentación es más rápido a medida que la dilatación avanza, y es especialmente vertiginoso durante el expulsivo. Si bien, el descenso de la presentación se produce en paralelo con la dilatación, la mayor parte del descenso se produce luego de los 8 cm de dilatación, y especialmente durante el expulsivo (Ralph & Contanza, 2017, pág. 23).

De acuerdo a la investigación realizada por el (Ralph & Contanza, 2017) el trabajo de parto se divide en tres etapas:

1. La primera etapa

Se compone de dos fases: Fase latente y fase activa

- **Fase latente:** Esta fase se da entre el inicio de las primeras contracciones perceptibles, hasta el inicio de la fase activa. “Se estableció, además, que la duración máxima de la fase latente es de 20 h en nulípara y 14 h en multípara” (Ralph & Contanza, 2017, pág. 72).

Esta fase se inicia con las primeras contracciones uterinas regulares con modificación cervical hasta los 4 cm de dilatación.

- **Fase Activa:** Es el período del parto que transcurre entre los 4 cm y los 10 cm de dilatación y se acompaña de dinámica regular. Durante esta etapa se puede establecer de la siguiente manera:
 - En las primíparas: El promedio de duración es de 8 horas.
 - En las multíparas: El promedio de duración es de 5 horas (Ministerio de salud pública, 2015).

Además, está determinado que en esta fase activa el progreso es de 1,1 cm/hora generalmente en las mujeres nulíparas y de 1,3 cm/hora en las multíparas. Asimismo, durante esta fase del parto tienen que generarse dos cambios: el primero es la dilatación y el descenso progresivo de la presentación fetal. En donde en la fase aceleratoria predomina la dilatación mientras que, en la fase desaceleratoria ocurre mayormente el descenso (Programa Nacional de Salud de la Mujer, 2015, pág. 12).

Lo que indica que esta fase activa las contracciones se van produciendo más fuertes, más cercanas entre ellas, generalmente a las mujeres les puede dar calambres en las piernas sentir náuseas.

Si bien, se conoce que los procesos de borramiento y dilatación ocurren de modo diferente en aquellas mujeres que nunca han tenido un parto vaginal (nulípara), comparado con aquellas que si han tenido uno (primípara) o más partos vaginales (múltipara). En aquellas mujeres nulíparas, el borramiento del cuello ocurre primero, de modo que la dilatación se inicia cuando el cuello uterino está 100% borrado. En la múltipara, borramiento y dilatación ocurren de modo simultáneo, lo usual es detectar 100% de borramiento, cuando la dilatación ya se encuentra en 4 cm (Cunningham & Leveno, 2015).

Por consiguiente, el profesional debe tomar la decisión de intervenir ante una sospecha de prolongación durante esta primera etapa, siendo evaluada y sustentada en función del progreso de la dilatación y otros factores que concurren al momento del parto. No dependiendo exclusivamente sobre la base de la duración.

2. Segunda etapa del parto

Expulsivo:

Según (Carvajal & Ralph, 2017) expresa que esta fase es iniciada una vez que la dilatación es completa (10cm) y termina con la salida del bebé. Tiene una duración máxima de 2 horas en mujeres nulíparas, sin anestesia y 1 hora en aquellas mujeres múltipara sin anestesia. Se ha demostrado que la anestesia peridural, prolonga la fase de expulsivo en una hora (3 horas nulípara – 2 horas múltipara). Durante esta etapa se completa el descenso de la presentación fetal. (2017, pág. 15).

Cabe mencionar también que durante la segunda etapa del parto aumentan los riesgos con resultados adversos maternos y perinatales, en especial en aquellos casos que esta etapa lleva más de tres horas en mujeres nulíparas y más de dos horas en las múltiparas.

Es importante destacar que, existe una estrecha relación entre la duración larga, comprendida en la segunda etapa y la presencia de hemorragia posparto (HPP).

Además, existe una vinculación entre un período expulsivo prolongado y altos índices de cesáreas y de partos instrumentales” (MSP, 2015).

3. Tercera etapa

Alumbramiento:

Esta tercera etapa que se desarrolla durante el trabajo de parto, es la que acontece entre el nacimiento y la expulsión de la placenta. Se tendrá como prolongada, en los casos que no llegue a completarse en los 30 minutos posteriores al nacimiento del neonato, con administración activa, la cual comprende la administración profiláctica de uterotónicos, la tracción controlada del cordón umbilical y el masaje uterino tras la expulsión de la placenta. (Carvajal & Ralph, 2017, pág. 34).

Generalmente esta etapa tiene una duración de 30 minutos, posterior al manejo activo del alumbramiento, vinculándose de forma significativa en el surgimiento de incidencias de hemorragias posparto.

Características de la disfunción según las contracciones

Según el Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la OMS (2015) en su informe señala las siguientes:

1. Con patrón de mala coordinación.
2. Poco frecuentes.
3. De poca intensidad: La distocia debida a actividad uterina incoordinada o disminuida es identificada fácilmente y se trata si el obstetra puede:
 - a) Determinar el momento del comienzo del trabajo de parto.
 - b) Reconocer los límites del parto normal.
 - c) Descartar una disfunción mecánica.
 - d) Reconocer y tener en cuenta el estado fetal (pág. 18).

Fases del trabajo de parto disfuncional

Fase latente prolongada (Coronado, 2016).

Fase activa prolongada o de dilatación lenta

- Detención secundaria de la dilatación
- Fase de desaceleración prolongada
- Descenso lento (Toala, 2016).

Fase latente prolongada

En esta fase las contracciones ocurren en largos períodos (más de 20 h en las nulíparas y más de 14 horas en las múltiparas) sin inicio de la fase activa (Toala, 2016).

Fase de desaceleración prolongada

Esta fase ocurre, cuando se ha llegado a 9 cm, en la nulípara y a 10 cm en la múltipara y no ha ocurrido el encajamiento, esta se comprende en un lapso de tiempo de más de 3 horas para aquellas mujeres que son nulíparas y más de 1 hora en aquellas múltiparas. A menudo se revelan problemas mecánicos como (relación feto pelvis límite, cabeza grande, posición transversa detenida, cierto grado de asinclitismo o sus combinaciones) (Freire, 2012, pág. 22).

Ahora bien, en estos casos, se requiere el uso excelente del juicio por parte del médico, debido a que tiene que determinar que no existe obstáculo mecánico que no pueda ser superado o franqueable al desprendimiento por vía vaginal. Este debe evaluar si es necesario la administración de la oxitocina, debiéndose practicar de forma cuidadosa y realista, tomando en cuenta los límites de tiempo a la estimulación que será aplicada.

SIGNOS DE INICIO DEL EXPULSIVO

Este es definido por el autor (Toledo, 2016) como:

El expulsivo o también llamado periodo de pujar, termina con el nacimiento del bebé, que sale por el canal de parto gracias a contracciones involuntarias uterinas, el inicio del expulsivo es definido como el momento en que se constata que la mujer está en dilatación completa o cuando la cabeza del bebé es visible (pág. 32).

Existe solo una forma para determinar con claridad y certeza cuando la mujer ha alcanzado la dilatación completa y el inicio del expulsivo ha comenzado, esto se determina por medio de la realización del tacto vaginal, el cual confirma que la cabeza del bebé ha atravesado el cuello del útero e inicia su descenso por la pelvis.

En los partos fisiológicos hay otros signos de que se está llegando a ese momento:

La sensación subjetiva de ganas de empujar: debido a que el saco amniótico o la cabeza protuye a través del cervix dilatado. La mujer emite unos sonidos guturales, profundos y animales, muy primitivos, similares a los que emiten algunas mujeres durante las relaciones sexuales (García & Arana , 2014, pág. 12).

Es importante destacar que estos signos anteriormente mencionados, no son del todo definitivo en todas las mujeres que están en proceso de parto, debido a que muchas mujeres pueden sentir la necesidad de pujar antes de tener las dilataciones completas o caso contrario, es que puedan estar dilatando y de manera completa y no sentir la necesidad de pujar.

El autor (H. Karlsson, 2009) en su investigación señala que:

Generalmente las membranas se rompen espontáneamente, si permanecían intactas hasta este momento. Un cambio de actitud en la mujer, que de encontrarse tranquila y somnolienta entre contracciones empieza a sentirse inquieta, con la sensación de que algo va a ocurrir. La aparición del reflejo de eyección materno-fetal: en los partos fisiológicos, no medicalizados, pueden

sentirse unos pujos involuntarios y muy eficaces, una sensación muy intensa como un vómito o una explosión que arrastra y empuja con fuerza al bebé hacia el exterior (2009, pág. 24).

Descenso lento

“Se considera descenso lento cuando demora más de 2 horas en la nulípara y más de 45 minutos en la múltipara” (Natalben, 2019, pág. 56).

Fases del expulsivo

Primera fase no activa o preexpulsiva.

Por su parte el autor (Cunningham & Leveno, 2015) confirma que.

A pesar de haber alcanzado dilatación completa, la mujer no siente la necesidad de empujar porque el bebé no ha descendido lo suficiente en el canal del parto, es decir que “la cabeza está alta”. En esta fase se recomienda esperar a que la cabeza vaya descendiendo por el efecto de las contracciones sin que la madre realice ningún esfuerzo, lo que se denomina “descenso pasivo fetal” (pág. 34).

Es relevante señalar que, solo basta con que la mujer en proceso de parto pueda adoptar las posturas que le vaya pidiendo su cuerpo y simultáneamente moverse libremente para facilitar que la cabeza del bebé pueda descender por el canal de parto y pueda realizar las rotaciones precisas que le permitan acomodarse a los espacios de la pelvis de la madre, las cuales son guiadas por las sensaciones de presión o dolor que vaya sintiendo en cada momento. Por consiguiente, no es necesario forzar a madre a que empuje antes de tiempo si no tiene ganas de hacerlo.

La segunda fase es la del expulsivo activo

Según (Carvajal & Ralph, 2017) en esta etapa la madre siente la necesidad de empujar al bebé según vaya sintiendo cada contracción. En esta fase la mujer sentirá una fuerte

presión en la zona del recto, simultáneamente tendrá sensación de retortijones fuertes en el estómago, que le hará sentir querer ir al baño. Los esfuerzos de pujo suelen ser cortos y eficaces, aunque incontrolables. (pág. 23).

Con frecuencia las matronas o parteras toman la iniciativa en esta fase activa del expulsivo, de animar a la mujer en proceso de parto a empujar una vez se ha precisado la dilatación completa e incluso puede ser motivado un poco antes. Pero según el proceso normal fisiológico del parto, se considera que debe esperarse a que la mujer sienta ganas de empujar. Hay ocasiones en las cuales la mujer ya está completa y puede que no sienta el deseo de empujar y basta solo con esperar de 10 a 20 minutos para que inicie la mujer a sentir ese deseo.

Se ha determinado que retrasar el pujo no muestra ningún efecto negativo o adverso en el desenlace neonatal o fetal, por el contrario, se ha comprobado que una incidencia más elevada de partos instrumentales en aquellos partos en los que se forzó el comienzo de la fase activa.

Duración del expulsivo

Según (Cabrera, 2010) menciona que la duración del expulsivo puede variar en función de la mujer (si es su primer parto o no), y del uso o no de analgesia epidural, tal y como se refleja en la siguiente tabla.

Tabla 1: Fases de duración del Expulsivo

	Fase pasiva	Fase activa	Total expulsivo
Primíparas			
Con epidural	2 h	2 h	4 h
Sin epidural	2 h	1 h	3 h

Múltiparas			
Con epidural	2 h	1 h	3 h
Sin epidural	1 h	1 h	2 h

Fuente: (Cabrera, 2010)

Como se observa, el expulsivo suele ser más corto en los segundos partos y posteriores, y que el uso de epidural alarga el mismo.

No obstante, estas referencias deben ser tomadas como solamente para orientar o dar alguna referencia, debido a que no son definitivas. Por tanto, si el bebé y la madre se encuentran bien, puede esperarse un tiempo prudente antes de tomar la decisión de recurrir a métodos drásticos e invasivos, considerando que puedan ser oportunos y seguros para ambos (madre-bebé).

Reflejo de eyección fetal

Cabrera señala que en partos fisiológicos, cuando el trato es discreto y respetuoso, y el entorno cálido y acogedor, las mujeres pueden tener un pico de adrenalina en el expulsivo que desencadena lo que se conoce como “Reflejo de eyección fetal” (Cabrera, 2010, pág. 33).

En el caso señalado con anterioridad, las mujeres pasan de forma inmediata de sentir las contracciones de dilatación a una fuerte sensación de pujar, sintiéndola de forma incontrolable e intensa, que posteriormente culmina con la salida del bebé de forma inmediata. Por lo general, las mujeres que logran finalizar su parto de esta forma no requieren un mayor esfuerzo, el bebé sale prácticamente solo, casi como un estornudo, sin sentir mayor dolor, ni se sufre daño alguno.

La explicación que se da a este tipo reflejo, es que el cuello uterino y toda la estructura del suelo pélvico se relajan, dando paso de forma tranquila a la salida del bebé, posiblemente sea un mecanismo natural que protege tanto a la madre como al recién por nacer. Los tiempos y lapsos son acortados de forma notoria, permitiendo que sea más seguro y fácil para ambos.

Complicaciones maternas:

- Existe evidencia de asociación entre 2^o etapa prolongada y altos índices de cesárea y partos instrumentales (Moon et al.).
- Aumento del riesgo de Hemorragia PP (Paterson et al.).
- Aumento del uso de episiotomía, desgarros de III- IV grado y fiebre posparto

La atonía uterina

Para (García & Arana , 2014) “La atonía uterina comienza cuando falla la contractibilidad del útero luego de la salida del producto y de la placenta causando una pérdida excesiva de sangre en el lecho placentario” (pág. 72).

Asturizaga señala que, la capa intermedia del miometrio es importante en el proceso de hemostasia del lecho placentario, debido a que una vez que el producto es extraído, continúa la retracción normal del útero para luego expulsar la placenta. La cantidad de sangre que llega a la placenta en un embarazo a término representa entre 500 a 800 ml por minuto. Por esta razón, a medida que la placenta se separa del útero, estos vasos se rompen y ocurre el sangrado” (Asturizaga & Toledo, 2014, pág. 12).

De la misma forma se conoce como aquella etapa que después de la expulsión placentaria, cuando las contracciones uterinas comprimen el área sangrante en donde se encontraba insertada la placenta.

Por su parte (Toala, 2016) Menciona que: “si estas contracciones no funcionan de manera adecuada, se produce el útero atónico, estos vasos sanguíneos sangran de manera profusa y se produce la hemorragia, siendo la atonía uterina la causa más

frecuente e importante de la hemorragia posparto”. (pág. 22). Por ello que es necesario que el medico pueda estar atento a cada uno de los síntomas y situaciones que se puedan desencadenar en el proceso de parto, a fin de evitar estas complicaciones.

Para el estudio de las hemorragias posparto, existe la nemotecnia de las 4 T, las cuales son sugeridas por (García & Arana , 2014) a continuación:

T: tono- trauma- tejido- trombina que describe las causas de HPP en orden de frecuencia:

T: Tono = atonía uterina, representa un 70%

T: Trauma = desgarros, laceraciones, representa un 20 % T: Tejido = retención de restos (placenta o coágulos), representa un 10%

T: Trombina = plaquetopenia, CID. (<1) (pág. 32).

También se puede señalar que, la atonía uterina, es conocida como la causa más frecuente de las hemorragias posparto, 50% de las muertes maternas. Se da luego de la salida de la placenta ya que el útero no se contrae, ocasionando pérdida continua de sangre desde el lugar donde estaba implantada la placenta (De la Torre & Gallegos, 2019, pág. 12).

Las causas que lleva consigo a una atonía uterina son: La sobredistensión uterina y el agotamiento muscular del miometrio, ya sea por embarazo múltiple, polihidramnios, macrosomía fetal, multiparidad, parto prolongado, mala dirección del alumbramiento o administración no controlada de oxitócicos y corioamnionitis (Cabrera, 2010).

Figura 2: Causas que incrementan los riesgos de Atonía Uterina

Sobredistensión uterina	Embarazo múltiple Polidramnios Macrosomía fetal Multiparidad
Fatiga uterina (agotamiento muscular)	Mala dirección del alumbramiento Amnioititis Parto prolongado Administración no controlada de oxitócicos
Obstrucción uterina	Retención de partes fetales Placenta acreta Fiebre
Corioamnioititis Otras causas	RPM prolongada Inversión uterina Retención placentaria Implantación baja de la placenta Toxinas bacterianas Hipoxia por hipoperfusión Útero de Couvelaire

Fuente: (Cabrera, 2010)

Fisiología del Parto

Este proceso implica fenómenos mecánicos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto y la placenta. Los fenómenos mecánicos activos son las contracciones uterinas y el pujo materno (Gülmezoglu, 2015, pág. 22)

Pujos maternos:

Según el (Ministerio de salud pública, 2015) Pujo:

Se refiere a la contracción de los músculos de la prensa abdominal desencadenado por la presión de la presentación sobre la ampolla rectal y se suma a la que realiza el músculo uterino al contraerse para que esta sea más efectiva. (pág. 11).

Estos pujos según él (Ministerio de salud pública, 2015), pueden ser:

- Pujos dirigidos: dirigir la intensidad y el tiempo del pujo desde la aparición espontánea de la contracción; es una práctica que no se recomienda de forma habitual.
- Pujos espontáneos: instintivos de forma fisiológica y son los que se presentan en el expulsivo (Ministerio de salud pública, 2015).

Ahora bien, cabe resaltar que los pujos son fenómenos pasivos que se manifiestan en el útero y el cuello uterino como consecuencia de las contracciones uterinas, por lo que, sería adecuado dirigir los pujos solo de ser necesario cuando la presentación haya sobrepasado las espinas isquiáticas (tercer plano de Hodge).

Contracciones uterinas

“Es el mecanismo que permite que se produzca el nacimiento del bebé. Las contracciones de parto son contracciones uterinas rítmicas, progresivas e intensas” (Karlsson & Pérez, 2009, pág. 98).

Estas contracciones originan contracciones uterinas, que pueden conducir a la preparación del parto o bien ser un síntoma inicial del proceso de parto. En efecto, el principal fenómeno activo corresponde a las contracciones uterinas; ellas deben ser monitoreadas clínicamente durante el trabajo de parto.

Las características fisiológicas de las contracciones uterinas:

Según (Calle, 2013) estas características puede ser:

- Tono basal 8-10 mm Hg
- Intensidad 50-70 mm Hg
- Frecuencia 4-5 en 10 min Duración 2-3 min.

La oxitocina sintética

Para (Ramírez, 2014) la oxitocina consiste en:

“Una droga peligrosa, muy concentrada, que hace que las contracciones sean más frecuentes y más intensas. Se utiliza para inducir un parto y para acelerar la dilatación” (pág. 208). Cuando se usa oxitocina hay que monitorizar de manera continua la frecuencia cardiaca fetal, para poder advertir inmediatamente si las contracciones perjudican al bebé. La oxitocina no se debería usar de modo rutinario para partos normales no inducidos, pero se suele hacer necesaria

después de aplicar la anestesia peridural, pues la mayoría de las veces la dinámica uterina cae en picado. (pág. 43).

Se conoce que desde los años 50 del siglo pasado, era bastante habitual su administración, incluso en los partos normales, cuando no existía la necesidad de aplicarla, más que en el 10% de los casos, pues las mujeres de parto siempre producen su propia oxitocina endógena, y su aplicación sólo debería responder a una verdadera necesidad, a fin de evitar su uso indiscriminado y rutinario, debido a la gran cantidad de efectos secundarios que provoca (Álvarez & Gracia , 2015).

Si bien, se requiere al menos dos minutos entre contracciones para recuperar el nivel basal de saturación de oxígeno fetal, de modo que, si las contracciones se suceden con más frecuencia, el bebé es incapaz de recuperar completamente la saturación de oxígeno y esto dará lugar al sufrimiento fetal. Por ello, cuando se usa oxitocina sintética hay que monitorizar de manera continua la frecuencia cardiaca fetal, para poder advertir enseguida si las contracciones perjudican al bebé. Esto implica que si no se dispone de un monitor inalámbrico se verá comprometida la movilidad de la mujer, que deberá estar atada al monitor mediante cables, con lo que esto conlleva de incomodidad, aumento del dolor, dificultad para el descenso del bebé, etc.

Pero es que, además, la oxitocina en bastantes ocasiones no es efectiva, pues las contracciones que provoca son solo calambres musculares que resultan ineficaces para dilatar el cuello del útero, por lo que a pesar de todos los inconvenientes y perjuicios que ocasiona, muchas veces no logra que el parto avance y es necesario recurrir a una operación de cesárea para finalizarlo.

Efectos colaterales de la oxitocina sintética

Según (Moldenhauer, 2018) estos efectos son:

- Incremento de la necesidad de analgesia por el aumento de dolor.
- Mayor frecuencia de taquisistolía (más de seis contracciones en diez minutos).

- Mayor frecuencia de hipertoniía del útero.
- Mayor riesgo de rotura de útero (especialmente en mujeres con cesárea previa).
- Mayor riesgo de sufrimiento fetal.
- Mayor riesgo de hemorragia posparto.
- Mayor tasa de partos instrumentales o cesáreas (pág. 21).

Por todo esto, estudios revelan que la oxitocina sintética, es catalogada como uno de los once medicamentos de alto riesgo, tanto por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP) de España, como por la Asociación Americana del Medicamento (FDA), esto significa que si se usa de manera indiscriminada e utiliza incorrecta puede causar causar daños graves, adversos e incluso mortales en los pacientes” (Álvarez & Gracia , 2015, pág. 97).

La manera correcta de administrar oxitocina sintética

El autor (De la Torre & Gallegos, 2019) en su estudio indica que:

Una vez inducido el parto, y obtenida una dinámica adecuada de contracciones, no hay razón para seguir suministrando oxitocina, pues el trabajo de parto continuará gracias a la acción de la oxitocina endógena que se habrá activado. Algunos estudios indican que al retirar la perfusión al alcanzar los 5 cm. de dilatación, el trabajo de parto prosigue con normalidad y disminuyen las complicaciones asociadas al uso de la oxitocina (pág. 54).

Por lo que la aplicación de esta debe iniciarse siempre en dosis menores, a fin de no causar efectos negativos, debido a que se ha demostrado que existe una asociación entre el número de contracciones y la pérdida de bienestar fetal. Por ello se sugiere que dicha medicina sea aplicada en dosis baja, quizás el parto pueda ser un poco más largo, pero resultará más seguro para ambos.

La oxitocina es lenta en la generación de un efecto detectable, alrededor de 40 minutos, por lo que siempre hay que esperar ese tiempo, para poder comprobar que efecto ha causado esa dosis antes de proceder a aumentarla (Carvajal & Ralph, 2017).

Por consiguiente, en los casos que el cuerpo de la madre, no responde forma adecuada a la medicina oxitocina y no se logra el avance en la dilatación, el médico debe plantearse la idea más seguro y viable, que la de aumentar la dosis de oxitocina, porque podría causar fuertes consecuencias, incluso resulta más viable la intervención quirúrgica (cesárea), antes de provocar una situación de riesgo o de pérdida de bienestar fetal, por medio del aumento de oxitocina, porque el exceso de la misma solo generará efectos indeseados.

Los principales errores en su uso en la práctica clínica

Se ha evidenciado que con la utilización de la oxitocina de manera indiscriminada se generan fuertes consecuencias, cometiéndose varios errores.

Por su parte, (Coronado, 2016) explica que:

El problema está en que se usa de manera rutinaria e injustificada, es decir, se pone a una gran mayoría de las mujeres lo necesiten o no, cuando según la OMS: de los datos disponibles no se deduce claramente que el uso discrecional de oxitocina sea beneficioso para las mujeres y los bebés. Naturalmente, esto no significa que la oxitocina sea ineficaz para el tratamiento de partos prolongados. Sin embargo, no hay pruebas de que la prevención de un parto prolongado mediante el uso discrecional de oxitocina en un parto normal sea beneficiosa. La administración de oxitocina es una intervención mayor y debe utilizarse únicamente bajo una indicación válida. El mismo principio es aplicable para la más moderna variación de inducción con prostaglandinas y para la inducción con estas sustancias (pág. 32).

No se debe dejar desatendidas a las mujeres sometidas a conducción del trabajo de parto, particularmente cuando se usa oxitocina

Requisitos para el uso de oxitocina en un parto disfuncional

De acuerdo a la investigación llevada a cabo por (Cesale, 2018) estos requisitos son:

- Debe existir evidencia clara de que el progreso del parto se ha enlentecido o detenido. El uso de oxitocina para acelerar un parto que avanza normalmente es injustificado, anti fisiológico y muy peligroso.
- No debe existir impedimento mecánico identificable al progreso del parto.
- Presentación cefálica.
- El útero no debe tener cicatrices previas.
- No debe ser una gran multípara.
- La conducción del trabajo de parto debe realizarse con cautela, ya que el procedimiento entraña el riesgo de hiperestimulación uterina, con las posibles consecuencias de sufrimiento fetal y ruptura uterina.
- El lugar donde se realice la conducción del trabajo de parto, se debe contar con instalaciones que permitan hacer un control cercano y regular de la frecuencia cardíaca fetal y el patrón de contracciones uterinas (pág. 33).

Por otro lado, una de las situaciones que ocurre generalmente, es que esta medicina es aplicada no siguiendo las pautas correctas para su administración, debido a que el mismo fármaco no determina pautas concreta e idóneas para el suministro de la misma, dejando mucho margen al momento de escoger una dosis correcta. Esto se ve reflejado en el estudio que se le realiza a las historias clínicas de mujeres que han enfrentado un proceso de parto.

Lamentablemente existen muchos profesionales de la salud que no conciben los graves riesgos que se hayan asociados al uso de la oxitocina, debido a que estos consideran que dicho medicamento facilita el proceso de parto, o también ven con mayor viabilidad el acceso a la cesárea o el parto instrumental, que les permiten resolver aquellas situaciones de riesgo que se han originado por el uso inadecuado e indebido de la misma. Como consecuencia de estos criterios errados de muchos profesionales, es el abuso de este medicamento al suministrarlo a pacientes,

intentando forzar el parto vaginal al aumentar la dosis de oxitocina, obviando los graves efectos colaterales que esta tiene, pues saben que en última instancia siempre pueden intervenir para reconducir la situación.

Alteraciones de Dinamias Uterinas

Distocias dinámicas

Hipodinamia: En las hipodinamias se pueden encontrar las primitivas y las secundarias. Las hipodinamias primitivas “son las que se presentan desde el inicio del parto, y se evidencia mediante magnitud de las contracciones menores a los 20mmHg con frecuencia normal, o aquellas contracciones que presentan una intensidad normal, pero con una frecuencia por debajo de los parámetros normales” (Solari, 2014).

Por su parte, en la hipodinamia primitiva a la palpación se encuentra un útero flácido, que al contraerse apenas se endurece. Las hipodinamias secundarias aparecen después del período de contracciones normales o intensas, lo que provoca agotamiento uterino. La causa podría ser por desproporción cefalopélvica. (Solari, 2014). Las hipodinamias tienen una repercusión clínica de prolongación de la fase latente o activa del parto o alargamiento del período expulsivo.

Hiperdinamia: Las hiperdinamias están caracterizadas por el incremento de la intensidad y y/o frecuencias de las contracciones. Dentro de las dinamias de puede presentar: hipersistolía, la taquisistolía y la hipertonía (Fernández, 2019). En efecto, la hiperdinamia es aquella alteración de la dinámica del útero durante el trabajo de parto y se produce por un exceso de la frecuencia en las contracciones o el aumento en la intensidad de estas, y por ende la actividad uterina se ve incrementada.

La taquisistolía: muestra una pausa intercontráctil muy corta, lo que compromete al feto porque se produce una disminución del intercambio de sangre derivando en hipertonía. La hipertonía es el trastorno hiperdinámico más grave, se causa por taquisistolía, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, la incoordinación uterina y administración inadecuada de oxitocina o prostaglandinas. Los trastornos

hiperdinámicos repercuten con un impacto más negativo sobre el feto (Fernández, 2019).

Hipersistolia: Es el aumento de la intensidad de las contracciones por encima de 70 mmHg. El útero no se deprime en ningún momento de la contracción. Hipertonía: incremento del tono uterino basal por encima de 12 mmHg. No es posible palpar las partes fetales aun en ausencia de contracción y hay dolor (Fernández, 2019).

La hipertonía: se presenta clínicamente con dolor abdominal del hipogastrio, ausencia de la relajación abdominal y bradicardia fetal mantenida. Si la hipertonía evoluciona provocará una ruptura uterina. Todas las hiperdinamias producen la aceleración del parto, lo que conducirá a una mayor probabilidad de afectación del bienestar del feto, desprendimiento de placenta, desgarros cervicales y vaginales, y una mayor incidencia de atonía uterina postparto.³³ 26 - Marco Conceptual Gestación: Es un proceso mediante el cual la mujer lleva un embarazo, que se produce desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el parto. Se establece como una duración normal de 38 a las 42 semanas. Riesgo: Probabilidad que pone una situación circunstancia en peligro. Parto: Proceso que da fin a un embarazo o gestación y mediante el cual el feto sale del útero de su madre al exterior. Hipodinamia: Se llama así a la distocia que el útero presenta durante el trabajo de parto y se caracteriza por la disminución de la frecuencia, intensidad de las contracciones o del tono basal uterino (Fernández, 2019).

2.1.1 MARCO CONCEPTUAL

Trabajo de parto: contracciones uterinas suficientes en frecuencia, intensidad y duración que producen borramiento y dilatación del cérvix (Ministerio de salud publica, 2015).

Parto Prolongado: también conocido como falta de progreso o embarazo prolongado, se produce cuando el parto dura aproximadamente 20 horas o más si eres primer

madre, y 14 horas o más si usted previamente ha tenido otro hijo. Una fase latente prolongada ocurre durante la primera etapa del parto. Puede ser agotado y emocionalmente drenado, pero conduce complicaciones muy raramente (Simkin, 2015).

Manejo activo del alumbramiento: comprende la administración profiláctica de uterotónicos, la tracción controlada del cordón umbilical y el masaje uterino tras la expulsión de la placenta (Ministerio de salud publica, 2015).

Manejo fisiológico del alumbramiento: manejo del alumbramiento sin administración de uterotónicos y expulsión de la placenta por la gravedad y el pujo materno (Ministerio de salud publica, 2015).

Maniobra de Kristeller: consiste en presionar el fondo del útero durante cinco a ocho segundos, sincrónicamente con la contracción uterina, con una pausa de 0,5 a 3 minutos, con el fin de facilitar el avance final y la expulsión de la cabeza fetal (Ministerio de salud publica, 2015).

Monitoreo fetal intermitente electrónico continuo: registro cardiotocográfico de la frecuencia cardíaca fetal por un período de 15-30 minutos cada dos horas con auscultación intermitente cada 15-30 minutos entre los períodos de monitorización electrónica (Ministerio de salud publica, 2015).

2.1.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Factores que influyen en el periodo Expulsivo Prolongado y su Consecuencia en el Recién Nacido Centro de Salud Ampliación Paucarpata – Arequipa, 2016; Figueroa Figueroa, Gladys Albertina.

En este trabajo se hace referencia a que el trabajo de parto es la etapa final del embarazo, y es en esta última etapa en que pueden presentarse también complicaciones que atentan contra el bienestar materno-fetal. “Una de las fases del

trabajo de parto es el periodo expulsivo, que suele tener una duración constante, a diferencia de la fase latente, que es mayor en las primíparas que en las multíparas. La duración promedio del expulsivo es hasta una hora en las mujeres nulíparas y de hasta media hora en mujeres multíparas”. Puede variar con diferentes factores; en las multíparas y con vagina dilatada y periné preparado, una vez alcanzada la dilatación cervical completa bastan dos a tres pujos para completar el parto. Cualquier prolongación de estos tiempos se considera ya un periodo expulsivo prolongado. En otros casos el expulsivo puede prolongarse, ofreciendo mayor presión en la cabeza fetal (cuando es el polo de presentación), y disminuyendo el flujo útero-placentario durante la contracción, por lo que una mayor duración puede incrementar el riesgo de morbilidad fetal, y también la morbilidad materna con riesgo de hemorragias o infecciones (Figueroa, 2016).

Por otra parte, entre los factores relacionado al expulsivo prolongado se encuentran: la nuliparidad, la extensión del primer periodo del parto, el empleo de analgesia epidural, el sobrepeso materno, la talla baja de la madre, y la presencia de patologías como diabetes o corioamnioitis, y la macrosomia fetal, además de distocias de presentación. En el Centro de Salud Ampliación Paucarpata, es un establecimiento de primer nivel de atención y se atienden partos en los que se ha producido prolongación del periodo expulsivo, y es importante identificar las potenciales causas del mismo, así como las consecuencias negativas para el recién nacido, que permitirán una atención o una derivación oportuna para disminuir la morbilidad neonatal (Figueroa, 2016).

De la misma forma, cabe mencionar que dicho informe académico, se desarrolló teniendo en cuenta el esquema básico vigente de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, de la Escuela de Posgrado de segundas especialidades y tiene las siguientes partes: En el Capítulo I, se presenta los aspectos generales del trabajo académico, dentro de ello se inserta; el título del trabajo académico, la descripción del problema, la justificación del trabajo académico y los objetivos. En el capítulo II, se aborda la fundamentación teórica, en ello se inserta las bases teóricas de la investigación, los antecedentes de la investigación, y el marco conceptual. En el

capítulo III, se presenta la planificación, ejecución y resultados de la actividad, en las cuales se encuentran la planificación, ejecución y resultados. En el marco de la síntesis se presentan las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y los anexos correspondientes.

Predictores de atonía uterina; Mirna Maylén Díaz Jiménez, Leydis Bárbara Ferreiro Hernández, José Alfredo Esteban Soto; Universidad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba 2016

Se realizó un estudio retrospectivo caso control con el propósito de identificar variables epidemiológicas, clínicas y obstétricas asociadas a la probabilidad de sufrir una histerectomía obstétrica por atonía uterina en el periodo postparto inmediato en el Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" de Guantánamo entre 2013 y 2014. Se enrolaron 54 casos y 108 controles. Se aplicó descripción univariada y multivariada por regresión logística y se precisó la validez y seguridad diagnóstica para predecir el evento. Los antecedentes personales de diabetes mellitus y de sangramiento postparto previo tuvieron una incidencia notablemente mayor en las pacientes histerectomizadas por atonía uterina. La diabetes mellitus, el polihidramnios, el trabajo de parto disfuncional, preeclampsia, hematoma retroplacentario, corioamnionitis y el volumen de sangramiento durante el parto superior a 1000 ml representan un riesgo incrementado variable para sufrir atonía uterina e histerectomía de emergencia periparto (HEPP). La diabetes mellitus, la corioamnionitis y el volumen de sangramiento durante el parto superior a 1000 ml resultaron predictores de HEPP por atonía uterina con validez y seguridad diagnósticas aceptables (Díaz & Franco, 2016).

Estimulación del parto con Oxitocina: efectos en los resultados obstétricos y neonatales

El Instituto para la Seguridad de la Práctica Médica designó la oxitocina como una medicación de alta vigilancia en 2007. Este tipo de medicación se caracteriza por necesitar una especial consideración y precaución durante su administración, ya que presenta un alto riesgo de causar daño cuando se usa erróneamente. Los errores

relacionados con el uso de oxitocina son actualmente los errores más comunes que se producen durante el parto. Estos errores están relacionados con dosis elevadas en la mayoría de los casos, que pueden provocar una excesiva actividad uterina (Lopezosa, 2016).

De igual manera, en esta investigación se realizó un estudio descriptivo y analítico con 338 mujeres que parieron en un hospital de tercer nivel. Variables obstétricas y neonatales fueron medidas y comparadas en mujeres con y sin estimulación con oxitocina. Estadísticos Chi-cuadrado, test exacto de Fisher, test t-Student, Odd Ratio cruda y un intervalo de confianza del 95% fueron calculados. Un valor $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados:

La estimulación con oxitocina incrementó el ratio de cesáreas, analgesia epidural, fiebre materna intraparto en primíparas y multíparas; también se relacionó con bajos valores de pH de cordón umbilical, y menor duración de la primera fase del parto en primíparas. Sin embargo, no afectó la tasa de desgarros de 3-4 grado, episiotomías, reanimación neonatal avanzada, test de Apgar a los 5 minutos o meconio (Lopezosa, 2016).

Conclusión:

Los resultados obtenidos en el estudio revelan que el uso de oxitocina en la estimulación del parto puede ser contraproducente tanto para la madre como para el recién nacido, ya que indican que el empleo de oxitocina se relaciona con un aumento, en primíparas y multíparas, de la tasa de cesáreas, del uso de analgesia epidural y de fiebre materna intraparto. Además, se ha hallado asociación significativa entre estimulación con oxitocina y bajos valores de pH de sangre de cordón umbilical en recién nacidos de madres primíparas. Por otra parte, y coincidiendo con otros estudios, ha quedado comprobada su relación con una menor duración de la primera fase del parto. Sin embargo, no tuvo efectos adversos sobre la tasa de desgarros de 3-4^o grado,

de episiotomías, de reanimación neonatal avanzada, Apgar a los 5 minutos o meconio en líquido amniótico (Lopezosa, 2016).

Por tanto, se puede concluir que la estimulación con oxitocina no debería emplearse de forma sistemática, sino solo en casos muy indicados y donde su empleo sea lo suficientemente necesario.

En efecto, estos resultados pueden ofrecer a los profesionales un mayor conocimiento acerca de los efectos del uso de oxitocina durante el parto, que puede ser de ayuda para la toma de decisiones en la práctica clínica. Además, estos resultados apoyan la necesidad de reflexionar sobre un cambio en el paradigma de la atención al parto. Por otra parte, aportan también información a las propias embarazadas de cara a la adquisición de mayores conocimientos sobre el proceso de parto, teniendo en cuenta que la embarazada debería estar bien informada de los posibles efectos del uso de oxitocina para estimulación del parto (Lopezosa, 2016).

2.2. HIPÓTESIS

2.2.1. HIPÓTESIS GENERAL

La atonía uterina se presenta en los trabajos de partos con expulsivo prolongado en pacientes atendidas en el Hospital Gustavo Domínguez de 15 a 35 años de edad - Santo Domingo de los Tsáchilas; Enero-Junio 2019.

2.3 VARIABLES

2.3.1 VARIABLES INDEPENDIENTES

Expulsivo prolongado

2.3.2 VARIABLES DEPENDIENTES

Atonía uterina

2.3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Tabla 2: operacionalización de las variables

VARIABLE	DIMESION CONCEPTUAL	DIMESION CATEGORICA	INDICADOR	INDICE
ATONIA UTERINA	La incapacidad del útero para contraerse de manera apropiada después del parto Causando una hemorragia	EPIDEMIOLOGIA	<p>Sobre distención uterina (gestación múltiple, macrosomia fetal, poli hidramnios)</p> <p>Administración de uterotonicos</p> <p>Nuliparidad</p> <p>Multiparidad</p> <p>Sobrepeso materno</p>	<p>pacientes con sobre distención uterina/ número total de pacientes con atonía uterina</p> <p>Administración de uterotonicos / número total de pacientes con atonía uterina asociado a expulsivo prolongado</p> <p>Nuliparidad / número total de pacientes con atonía uterina</p> <p>Multiparidad / número total de pacientes con atonía uterina</p> <p>Sobrepeso / número total de pacientes con atonía uterina</p>
EXPULSIVO PROLONGADO	Cuando la presentación en el periodo de expulsión a iniciado su descenso hacia la salida de la pelvis Y este queda detenida durante 1 hora o mas.	SALUD MATERNA	Agotamiento muscular	Pacientes disfunción uterina/ número total de pacientes con atonía uterina asociado a expulsivo prolongado

Fuente: Propia.

Elaborado por: Las Autoras.

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

En este presente trabajo se utilizará el método inductivo ya que va de lo particular a lo general, la causa del problema nos llevara a obtener las conclusiones lo que permite conocer el problema basándose en técnicas de observación, descripción y análisis con estudio estadístico y teórico.

3.2. MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN

Este estudio tendrá un enfoque de tipo cuantitativo y cualitativo.

Cuantitativo porque los datos se toman de un porcentaje de pacientes atendidos en una unidad de salud. Y cualitativo porque se procedió a la depurada y rigurosa descripción contextual de cada caso a fin de valorar la prevalencia de atonía uterinas asociadas con expulsivo prolongada.

3.3 Tipo de investigación

Esta investigación es aplicada porque se desea que el conocimiento teórico impartido sea información útil para la sociedad ,es de campo porque se basa en datos recopilados de las pacientes del Hospital Gustavo Domínguez con un enfoque cuantitativo sustentados en estudio estadísticos, de tipo descriptivo con corte transversal, que examinara de forma indirecta las historias clínicas aplicando el método científico, transversal-retrospectiva porque se realizara en el periodo de Enero – junio 2019

Método Analítico- Sintético: Este es un método filosófico dualista, donde primero se separan los elementos que intervienen en la realización de un fenómeno determinado, posteriormente se reúnen los elementos que tienen relación lógica entre sí, con el

propósito de llegar a la verdad de las cosas, hasta completar y demostrar la verdad del conocimiento” (Díaz J. , 2014, pág. 12).

En este estudio será útil la aplicación de este método ya que ayudará a descomponer cada uno de los elementos relacionados con el tema abordado y permitirá posteriormente analizarlos y unir únicamente a los elementos que tengan alguna relación con estudio.

Método Inductivo-Deductivo: Según, indica (Díaz J. , 2014) que “tanto el método inductivo como el deductivo son estrategias de razonamiento lógico, siendo que el inductivo utiliza premisas particulares para llegar a una conclusión general, y el deductivo usa principios generales para llegar a una conclusión específica” (pág. 120). En este estudio se empleará estos métodos debido a que se va a analizar el problema primero desde un ámbito general a fin de conocer de manera particular y específica los principales problemas referentes a la Atonía uterina.

Método Histórico Lógico: Según, indica (Díaz J. , 2014) este método

Está relacionado con el estudio de la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el decursar de una etapa o período. Lo lógico se ocupa de investigar las leyes generales del funcionamiento y desarrollo del fenómeno, estudia su esencia. (2014, pág. 13).

Se empleará este método, ya que se van a revisar investigaciones referentes al tema en estudio con el fin de conocer si existen estudios relacionados que indiquen que en efecto el agotamiento muscular puede ocasionar un problema de atonía uterina

Método Cuantitativo: “La intención de este método es exponer y encontrar el conocimiento ampliado de un caso mediante datos detallados y principios teóricos” (Díaz, 2014, pág. 119). Si bien, este método requiere una comprensión de la conducta humana y el porqué de ella. En este método el objeto de estudio se considera externo,

separado de cualquier pensamiento individual para garantizar la mayor objetividad posible. Su investigación es normativa, apuntando a leyes generales relacionadas al caso de estudio.

Según Díaz menciona que “La investigación bibliográfica-documental es una técnica que consiste en la selección y recopilación de información por medio de la lectura, crítica de documentos y materiales bibliográficos, de bibliotecas, hemerotecas y centros de documentación e información” (Díaz, 2014, pág. 45).

En efecto, la presente investigación está respaldada por las diferentes bases teóricas y fundamentaciones de diversos autores referente al tema abordado, si bien, se extrajo de libros, artículos de revistas, periódicos, documentos de sitio web, entre otros, todo tipo de información que sirva de soporte para dicha investigación.

Investigación de campo: Se realizará una investigación de campo debido a que se combinarán las técnicas de observación, análisis. Según Freire (2016) indica que “la investigación de campo es la recopilación de datos nuevos de fuentes primarias para un propósito específico. Es un método cualitativo de recolección de datos encaminado a comprender, observar e interactuar con las personas en su entorno natural” (pág. 125). En otras palabras, Freire acepta que la investigación de campo es el medio a través del cual el investigador desea indagar, observar u explorar de manera controlada las causas y efectos que producen el problema investigado, con el fin de expresar su propio punto de vista y modificar eventos si fuera necesario.

En base a este concepto se puede mencionar que en este estudio se utilizó la investigación de campo debido a que el trabajo investigativo se realizará en el lugar de los hechos, es decir, que los datos que se obtendrán van hacer reales y se extraerán directamente de la población que se desea estudiar que en este caso serán las pacientes del hospital Gustavo Domínguez de la Ciudad de Santo Domingo de los Tsáchilas.

Esta investigación es aplicada porque se desea que el conocimiento teórico impartido sea información útil para la sociedad, es de campo porque se basa en datos recopilados de las pacientes del Hospital Gustavo Domínguez con un enfoque cuantitativo sustentados en estudio estadísticos, de tipo descriptivo con corte transversal, que examinara de forma indirecta las historias clínicas aplicando el método científico, transversal-retrospectiva porque se realizara en el periodo de enero – junio 2019.

3.2 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

3.4.1 Técnicas

- Técnica de observación: Historias clínicas del hospital Gustavo Domínguez Zambrano - Base de datos en Excel del hospital - Revistas, artículos científicos y libros.

Para Salazar (2016) “la técnica de observación es una técnica de investigación que consiste en observar personas, fenómenos, hechos, casos, objetos, acciones, situaciones, etc., con el fin de obtener determinada información necesaria para una investigación”.

3.4.2 Instrumento

Bajo la recolección de información se elaborará una base de datos en una hoja de Excel con las variables de estudio: atonía uterina y expulsivo prolongado.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

Para la toma de la muestra se aplicaran criterios de inclusión y exclusión

CRITERIO DE INCLUSIÓN

- Hemorragia post parto
- Atonía uterina

- Expulsivo prolongado
- Distocias dinámicas uterinas
- Edad: 15 – 35 años:
- Historia clínica completas incluido partograma

CRITERIO DE EXCLUSIÓN

- se excluirá a todas las pacientes que fueron atendidas por trabajo de parto y que no sufrieron una atonía uterina asociada a expulsivo prolongado.
- Mujeres embarazadas con patologías asociadas, corioamnionitis
- Paciente con Historia Clínica Incompleta.
- Puérperas con Hemorragia post parto por otras causas, como desgarros, episiotomías, retención placentaria.
- Pacientes menores de 15 años y mayores de 35 años: se excluyó esta muestra porque se observó que en el universo de las 80 pacientes solo 2 casos presentaron atonía uterina en las mujeres menores de 15 años sin presentar expulsivo prolongado y solo 3 presentaron atonía uterina en mujeres mayores de 35 años asociadas a expulsivo prolongado, por ende se observó mayor incidencia en mujeres mayores de 15 años y menores de 35 años.

Universo: 80 casos, todas las pacientes atendidas por trabajo de parto que presentaron hemorragia postparto en el hospital Gustavo Domínguez-Santo Domingo de los Tsáchilas; Enero - Junio 2019.

3.3.1 Población:

40 casos, todas las pacientes que presentaron hemorragia postparto por atonía uterina en el hospital Gustavo Domínguez-Santo Domingo de los Tsáchilas; Enero-Junio 2019.

3.3.2 Muestra:

28 casos, todas las pacientes que presentaron atonía uterina y reportaron expulsivo prolongado en el hospital Gustavo Domínguez-Santo Domingo de los Tsáchilas; Enero - Junio 2019.

3.4 CRONOGRAMA DEL PROYECTO

Tabla 3: Cronograma del Proyecto

N°	Actividades	Meses		Nov					Diciembre				Enero				Febrero				Marzo			
		Sem	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4					
1	Selección de Tema																							
2	Aprobación del tema																							
3	Recopilación de la Información																							
4	Desarrollo del capítulo I																							
5	Desarrollo del capítulo II																							
6	Desarrollo del capítulo III																							
7	Elaboración de tabulaciones																							
8	Desarrollo del capítulo IV																							
9	Elaboración de las conclusiones																							
10	Presentación de la Tesis																							
11	Sustentación de la previa																							
12	Sustentación																							

Fuente: Propia

Elaborado por: Las Autoras

3.5 RECURSOS

3.5.1 RECURSOS HUMANOS

Tabla 4: Recursos Humanos

Recursos Humanos	Nombres
Investigadores	Jennifer checa vera Teresa vizuete Cevallos
Asesor del proyecto de investigación	Dra. Liliam Muñoz

Fuente: Propia

Elaborado por: Las Autoras

3.5.2 RECURSOS ECONÓMICOS

Tabla 5: Recursos Económicos

Recursos económicos	Inversión
Internet	30
Materiales de escritorio	10
Alimentación	40
Movilización y transporte	45
Copias a colores	10
Impresiones	20
Fotografías	5
Fotocopias final	20
Empastado	45
Total	225

Fuente: Propia

Elaborado por: Las Autoras

3.8 Plan de tabulación y análisis

En el presente estudio con el fin de organizar los datos obtenidos en la revisión de las historias clínicas de las pacientes que presentaron atonía uterina y reportaron expulsivo prolongado en el periodo de Enero-Junio del 2019, en el Hospital Gustavo Domínguez; el plan de tabulación escogido fue llevado a cabo por medio de la elaboración de una serie de tablas y gráficos pastel donde se reflejan las frecuencias y porcentajes, los cuales facilitan la observación de las tendencias de las variables.

3.8.1 Base de datos

En el presente estudio los datos extraído de las historias clínicas fueron procesados por medio del programa Excel, donde fueron seleccionadas las pacientes que fueron atendidas en el Hospital Gustavo Domínguez, en el periodo de enero-junio del 2019, las cuales presentaron atonía uterina y reportaron expulsivo prolongado, agrupándolas por los factores de riesgo que estas presentaron a fin de obtener la muestra.

En el Hospital Gustavo Domínguez se atendieron 1.200 partos en el periodo de enero-junio 2019 en mujeres de 15 a 35 atendidas en dicha institución, de las cuales 80 pacientes presentaron hemorragias postpartos. De este número se excluyeron 40 pacientes por solo presentar hemorragias tardías causadas por retención de restos y laceración. Y solo se tomaron 28 pacientes que presentaron hemorragia postparto inmediata (atonía uterina) y que estaba asociada a expulsivo prolongado el resto de las 12 pacientes con HPP pero no asociada a expulsivo prolongado

Con la recopilación de datos de las historias clínicas se determinó cuáles fueron los factores de riesgo que influyen en los partos prolongados.

3.8.2 Procesamiento y análisis de los datos

El programa estadísticos empleado en el presente estudio SPSS (Paquete estadístico para las ciencias sociales), por medio de cual se procesaron los datos obtenidos en las historias clínicas de las pacientes Hospital Gustavo Domínguez, en el periodo de enero-junio del 2019.

También para comprobar la hipótesis se utilizó el chi cuadrado, también conocido como ji cuadrado, el cual permitió determinar la asociatividad de las variables del presente estudio, verificando la veracidad o falsedad de la hipótesis.

Chi cuadrada

Resumen de procesamiento de casos

	40 Casos de atonía uterina					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
La atonía uterina se presenta en los trabajos de partos con expulsivo prolongado en pacientes atendidas en el Hospital Gustavo Domínguez de 15 a 35 años de edad -Santo Domingo de los Tsáchilas; Enero-Junio 2019.	28	70,0%	0	0,0%	28	70,0%

La atonía uterina se presenta en los trabajos de partos con expulsivo prolongado en pacientes atendidas en el Hospital Gustavo Domínguez de 15 a 35 años de edad -Santo Domingo de los Tsáchilas; Enero-Junio 2019, teniendo una veracidad dicha hipótesis, siendo comprobada en 28 casos de atonía uterina asociados a expulsivo prolongado.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado	32,693 ^a	12	,001
Razón de verosimilitud	14,112	12	,001
Asociación lineal por lineal	3.966	1	,000
N de casos válidos	40		

a. 18 casillas (90,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,03.

Comprobación de hipótesis

- Durante el estudio de datos obtenidos den las historias clínicas de las pacientes atendidas en el Hospital Gustavo Domínguez de 15 a 35 años de edad -Santo Domingo de los Tsáchilas; Enero-Junio 2019, las cuales sirvieron para comprobar que son frecuentes los casos de atonía uterina asociadas con expulsivo prolongado, generalmente en las edades que se escogió para el estudio.
- Se comprobó que si existe la asociación en las dos variables escogidas en el estudio, como son la atonía uterina y expulsivo prolongado, considerando que el centro del problema se debe a los factores maternos y no maternos que intervienen, en especial aquellos que están estrechamente relacionados con la praxi y evaluación que reciben durante el proceso de parto que tienen los profesionales del Hospital Gustavo Domínguez, que no aplican de manera correcta el partograma, considerando que esta herramienta es necesaria su debida aplicación para el logro de una buena evolución del trabajo de parto y llevar un control sobre los posibles riesgos perinatales que puede presentar la mujer gestantes.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Resultados obtenidos de la investigación y análisis e interpretación de datos

De los datos estadísticos obtenidos de las pacientes atendidas en el Hospital Gustavo Domínguez de 15 a 35 años de edad -Santo Domingo de los Tsáchilas; Enero-Junio 2019, que presentaron atonía uterina se presenta en los trabajos de partos con expulsivo prolongado.

RESULTADOS

Tabla 1 Complicaciones maternas más frecuentes del período expulsivo prolongado.

Tabla 6 Complicaciones maternas más frecuentes del período expulsivo prolongado

Complicaciones	Frecuencia	Porcentaje
Hemorragia postparto inmediata (atonía uterina)	40	50%
Hemorragia postparto tardía (restos placentarios o infecciones)	25	31%
Laceraciones perineales	15	19%
Total	80	100%

Fuente: Departamento de estadísticas del Hospital Gustavo Domínguez. Enero-junio 2019.

Elaborador por: Checa Vera Jenniffer; Vizuete Cevallos Teresa.



Análisis: De las 80 pacientes que fueron atendidas en el Hospital Gustavo Domínguez, que presentaron HPP, el 50% fueron hemorragias postparto inmediata (atonía uterina), mientras que el 31% son por hemorragias postparto tardía (resto placentario o infecciones), mientras que un 19% por laceraciones perineales.

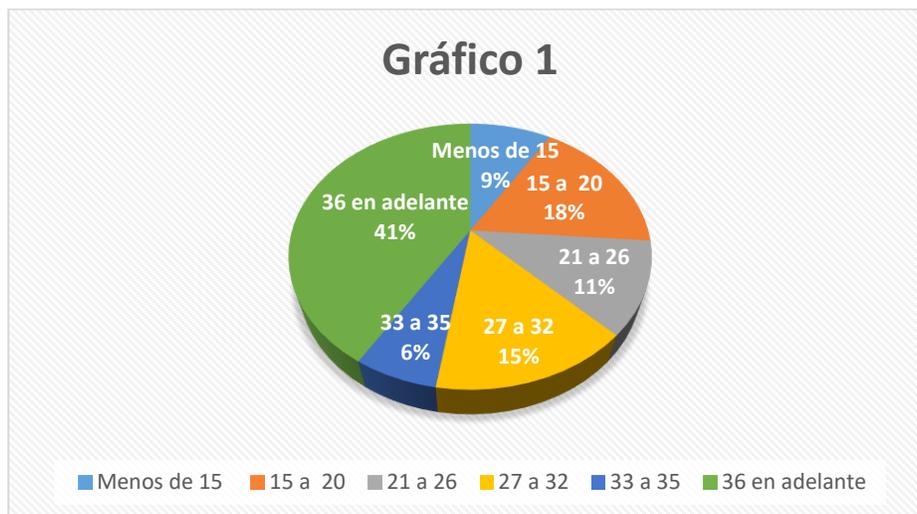
2. Edad de las pacientes con hemorragias posparto atendidas en el periodo Enero-Junio 2019 en el Hospital Gustavo Domínguez.

Tabla 7 Edad de pacientes que presentaron hemorragias

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 15	7	9%
15 a 20	14	18%
21 a 26	9	11%
27 a 32	12	15%
33 a 35	5	6%
36 en adelante	33	41%
Total	80	100%

Fuente: Departamento de estadísticas del Hospital Gustavo Domínguez. Enero-junio 2019.

Elaborador por: Checa Vera Jenniffer; Vizueté Cevallos Teresa.



Análisis: del 100% de las pacientes atendidas en el Hospital Gustavo Domínguez, en el periodo de enero-junio, las 80 que presentaron hemorragias, solo 40 están en el rango

de edad de estudio de 15 a 35 años. Estando detallado de forma amplia en el gráfico signado con el número 1.

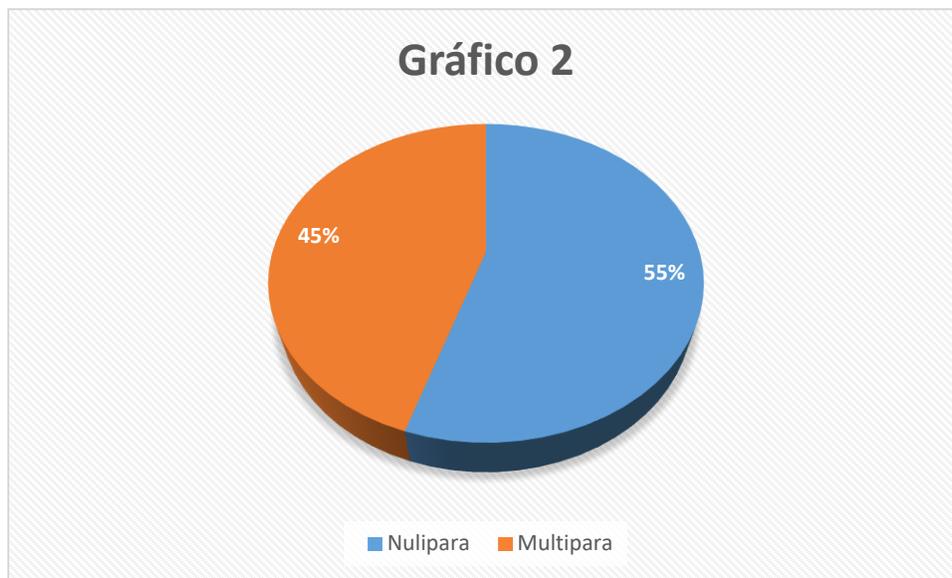
Tabla 3 Paridad de las pacientes con atonía uterina

Tabla 8 Paridad

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
Nulípara	22	55%
Multípara	18	45%
Total	40	100%

Fuente: Departamento de estadísticas del Hospital Gustavo Domínguez Enero-junio 2019.

Elaborador por: Checa Vera Jenniffer; Vizuite Cevallos Teresa.



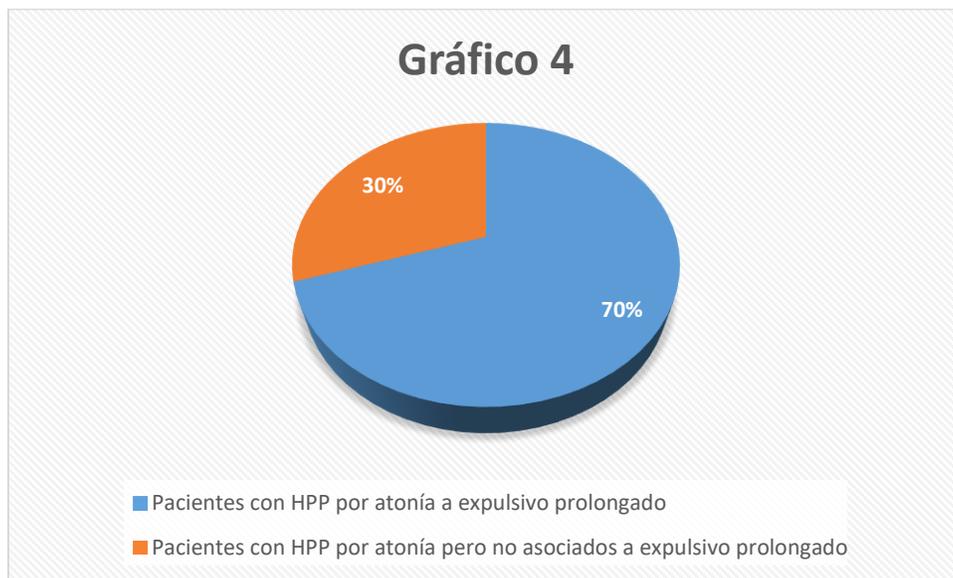
Análisis: Del 100% de las pacientes que presentaron en el Hospital Gustavo Domínguez, en el periodo de enero-junio, hemorragia por atonía, el 55% fueron nulípara y 45% múltipara.

Tabla 4. Distribución de las Pacientes que presentaron atonía asociada a expulsión prolongada.

Tabla 9 Pacientes por atonía asociada a expulsión.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Pacientes con HPP por atonía a expulsivo prolongado	28	70%
Pacientes con HPP por atonía pero no asociados a expulsivo prolongado	12	30%
Total	40	100%

Fuente: Departamento de estadísticas del Hospital Gustavo Domínguez. Enero-junio 2019.
Elaborador por: Checa Vera Jennifer; Vizuete Cevallos Teresa.



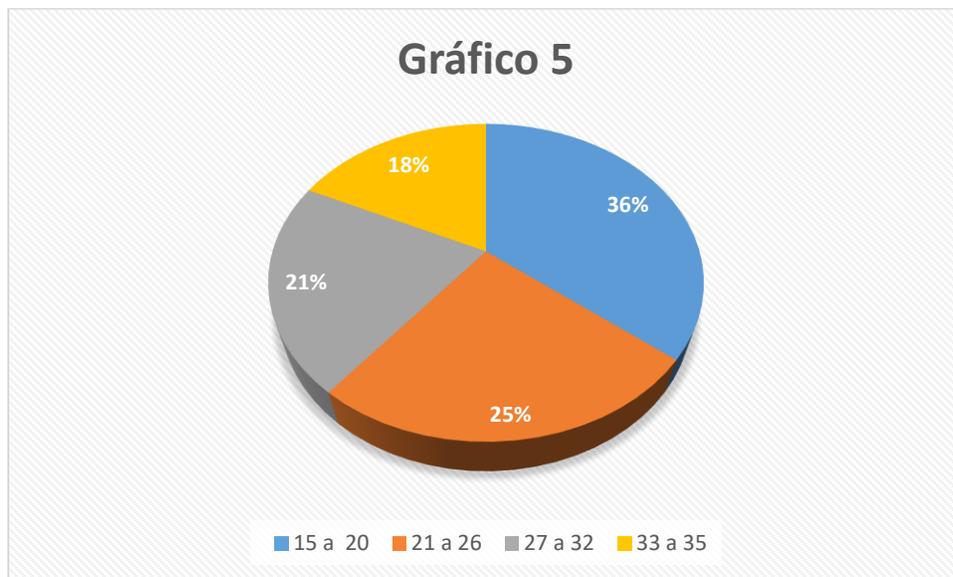
Análisis: El 70% de las pacientes que fueron atendidas en el Hospital Gustavo Domínguez, en el periodo de enero-junio, con hemorragias, el 70% presentaron HPP por atonía a expulsivo prolongado, y el 30% pacientes con atonía, pero no asociados a expulsivo prolongado.

5. Distribución de las pacientes por las edades que presentaron atonía uterina asociada periodo expulsivo prolongado

Tabla 10 Pacientes periodo expulsión prolongada

Edad	Frecuencia	Porcentaje
15 a 20	10	36%
21 a 26	7	25%
27 a 32	6	21%
33 a 35	5	18%
Total	28	100%

Fuente: Departamento de estadísticas del Hospital Gustavo Domínguez. Enero-junio 2019.
Elaborador por: Checa Vera Jennifer; Vizueté Cevallos Teresa.



Análisis: De las 28 pacientes que presentaron atonía uterina por periodo expulsivo prolongado, el 36% estaban comprendidas en las edades de 15 a 20 años, siguiendo en un 25% en edades de 21 a 26 años, por otra parte un 21% en edades de 27 a 32 años y un 18% en edades de 33 a 35 años.

6. Distribución de las pacientes con periodo expulsivo prolongado de acuerdo a paridad.

Tabla 11 Pacientes periodo expulsión prolongada

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
Nulípara	11	39%
Múltipara	17	61%
Total	28	100%

Fuente: Departamento de estadísticas del Hospital Gustavo Domínguez. Enero-junio 2019.
Elaborador por: Checa Vera Jennifer; Vizuete Cevallos Teresa.



Análisis: De las 28 pacientes que presentaron atonía uterina por periodo expulsivo prolongado, el 61% de las mismas eran múltiples paradas, mientras que el 39% eran Nulíparas.

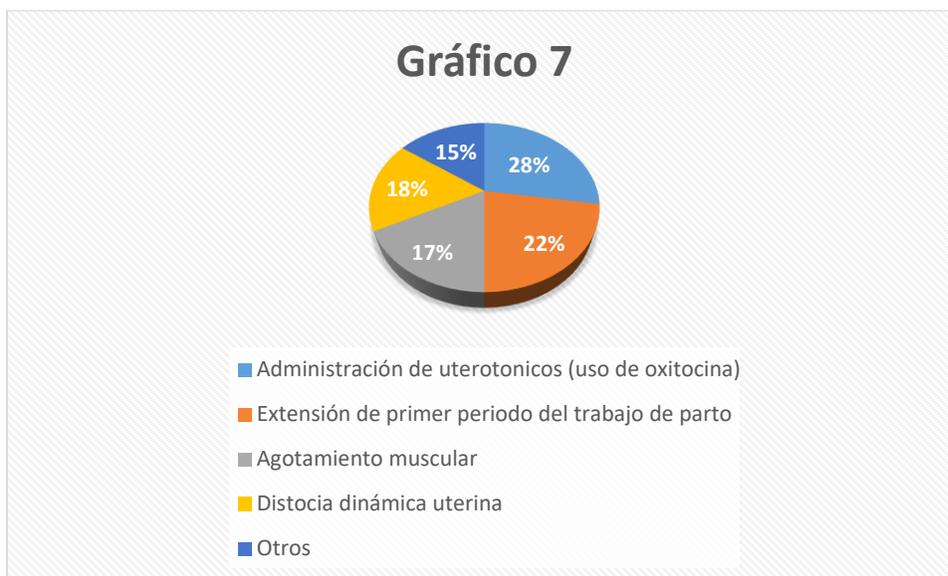
Tabla 7. Distribución según los factores de riesgo maternas del período expulsivo prolongado

Tabla 12 Factores maternos

Factores No Maternos y Maternos	Frecuencia	Porcentaje
Administración de uterotonicos (uso de oxitocina)	11	28%
Extensión de primer periodo del trabajo de parto	9	23%
Agotamiento muscular	7	18%
Distocia dinámica uterina	7	18%
Otros	6	15%
Total	40	100%

Fuente: Departamento de estadísticas del Hospital Gustavo Domínguez. Enero-junio 2019.

Elaborador por: Checa Vera Jenniffe; Vizuete Cevallos Teresa.



Análisis: De las pacientes que presentaron atonía uterina con expulsión prolongada, los factores no maternos y maternos fueron mayores a los demás que factores que intervinieron de forma ocasional, los cuales no fueron tomados en cuenta por no ser relevantes a la investigación, incidieron en un 28% administración de uterotonicos (oxitocina), seguido por un 22% por extensión de primer periodo del trabajo de parto, en un 18% distocia dinámica uterina, mientras que los otros están representados en un 15%.

8. Correcto manejo del partograma

Tabla 13 Actualización de partograma

Correcto manejo del partograma	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	39%
No	17	61%
Total	28	100%

Fuente: Departamento de estadísticas del Hospital Gustavo Domínguez. Enero-junio 2019.

Elaborador por: Checa Vera Jenniffe; Vizuete Cevallos Teresa.



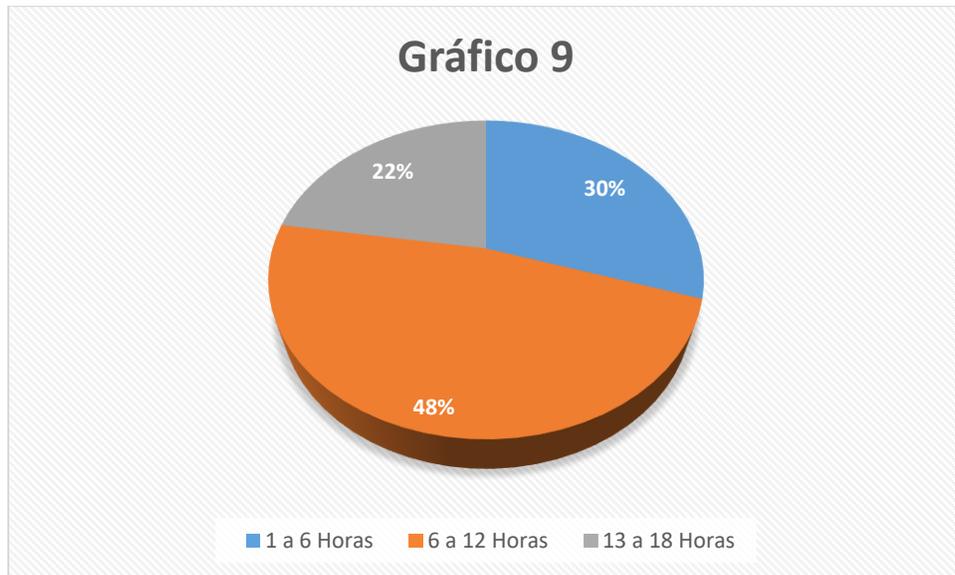
Análisis: Según los datos obtenidos se dedujo que el 61% de los profesionales No realizaron un correcto manejo del partograma, en un 39% Si realizaron debidamente el correcto manejo del partograma.

9. Distribución de las pacientes de acuerdo a la duración del trabajo de parto

Tabla 14 Duración trabajo de parto

DURACIÓN TRABAJO DE PARTO	Frecuencia	Porcentaje
1 a 6 Horas	12	30%
6 a 12 Horas	19	48%
13 a 18 Horas	9	23%
Total	40	100%

Fuente: Departamento de estadísticas del Hospital Gustavo Domínguez. Enero-junio 2019.
Elaborador por: Checa Vera Jenniffe; Vizuite Cevallos Teresa.



Análisis: Las pacientes atendidas en el Hospital Gustavo Domínguez, que presentaron atonía uterina se determinó la duración del trabajo de parto, en un 48% tuvo un trabajo de parto de 6 a 12 horas, un 30% de 1 a 6 hora y un 22% de 13 a 18 horas.

10. Duración de la segunda etapa del parto

Tabla 15 Duración de la segunda etapa parto

Duración de la segunda etapa del parto.	Frecuencia	Porcentaje
Mayor a 2 Horas	28	70%
Menor a 2 Horas	12	30%
Total	40	100%

Fuente: Departamento de estadísticas del Hospital Gustavo Domínguez. Enero-junio 2019.
Elaborador por: Checa Vera Jennifer; Vizuete Cevallos Teresa.



Análisis: De las pacientes atendidas en el Hospital Gustavo Domínguez, con atonía uterina atendidas en el periodo Enero-Junio, las cuales un 70% presentaron atonía uterina a expulsivo prolongado y un 30% atonía pero no asociada a expulsivo prolongado.

4.3 Conclusiones

En la investigación realizada, de las pacientes atendidas en el Hospital Gustavo Domínguez en el periodo Enero-Junio, 28 de las mismas presentaron atonía uterina con expulsivo prolongado, determinándose las siguientes conclusiones:

- De acuerdo a la población total de pacientes que presentaron hemorragias, el 50% fueron a causa de la complicación por atonía uterina, concluyéndose que la misma es una de las incidencias que se presenta con mayor frecuencia después del parto.
- Por otra parte, se comprobó que el rango de paridad de las pacientes que mayormente tuvieron la complicación por atonía uterina, fueron en un 55% Nulíparas, mientras que las multíparas tuvo un porcentaje de 45%. Es importante señalar que las hemorragias se da con mayor frecuencia en la nulíparas pero el expulsivo prolongado se da mayormente en las multíparas por el cansancio o agotamiento muscular dando origen a la distocia uterina por el uso de uterotonicos (oxitocina).
- Además se determinó que los casos evaluados con mayor concurrencia fueron los de atonía uterina asociados a expulsivo prolongado con un 70%, mientras que los presentados por atonía uterina sin expulsivo prolongado fue un porcentaje de 30%.
- De acuerdo a la distribución de los casos evaluados por atonía uterina asociados con expulsivo prolongado, las edades de las pacientes con mayor concurrencia fueron de 15 a 20 años en un 36%, mientras que un 25% eran multíparas de edades de 21 a 26 años. También se debe señalar que hay una baja frecuencia de mujeres menores de 15 años con reporte de esta complicación.
- También se evidenció que los factores de riesgo con mayor frecuencia que se presentaron en los partos con expulsivos prolongados fueron en los casos que se administraron uterotonicos (uso de oxitocina) con un 28%, reflejándose claramente la relación que existe en la pacientes que presentaron atonía uterina

y que fueron por uterotonicos o uso de oxitocina, otro riesgo con mayor frecuencia en un 23% fue por extensión de primer periodo del trabajo de parto.

- Se observó que solo un 39% de los profesionales de salud encargados de la asistencia del parto de la paciente, realizaron el partograma de forma correcta, mientras un 61% no lo realizaron de forma correcta. Es decir de los 28 casos evaluados solo 11 casos estaban realizados de manera correcta y 17 de forma incorrecta.
- Finalmente se puede concluir que las pacientes que han sido sometidas a trabajo de parto y que tuvieron periodo expulsivo prolongado presentaron atonía uterina como consecuencia la hemorragia post parto.

4.4 Recomendaciones

- Es necesario promover sesiones de información para el profesional de salud del Hospital Gustavo Domínguez-Santo Domingo de los Tsáchilas sobre el proceso de parto, sus etapas y el impacto que tiene en el bienestar tanto materno como del recién nacido por la concurrencia de complicaciones durante el desarrollo del mismo y posterior a él.
- Desarrollar estudios sobre las intervenciones obstétricas que realizan los médicos, con el fin de identificar los factores de riesgos maternos y no maternos que puedan causar la atonía uterina por expulsión prolongada para evitar la concurrencia de estas complicaciones que generen atonía uterina, las cuales terminan en hemorragias postpartos en la madre.
- Es importante concientizar a los profesionales de salud sobre el correcto manejo del partograma, debido a que este representa un instrumento de relevancia para la comprobación de riesgos que puedan suscitarse durante la labor de parto de una paciente.
- Practicar el partograma durante la fase activa con una línea de acción a las cuatro horas para monitorizar el progreso del trabajo de parto.
- Monitorear el uso adecuado de los recursos en la atención materna durante el trabajo del parto.
- Difundir los resultados y la información obtenida acerca de los riesgos y las complicaciones que se generan por hemorragias pospartos por atonía uterina por expulsivo prolongado.
- Se debe usar con cuidado y precaución la oxitocina, no debiéndose administrar de forma rutinaria. Su uso se recomienda como único agente para el tratamiento de la prolongación del trabajo de parto confirmada del trabajo de parto.
- El acompañamiento del profesional obstetra en todo momento en trabajo de parto y puerperio.
- Evaluaciones sistemáticas con tactos vaginales cada cuatro horas.

- Seguir los estudios y monitoreos reglamentarios, con el fin de ver si se está cumpliendo o no las guías o protocolos del MSP para disminuir y evitar la muerte materna.
- Fomentar de la movilidad y la postura erguida por parte de la parturienta. durante el trabajo de parto a aquellas pacientes de bajo riesgo.

CAPITULO V

5.1 PROPUESTA TEÓRICA DE APLICACIÓN

5.1 Título de la Propuesta de Aplicación

PROGRAMA DE CAPACITACION PARA LA COCIENTIZACION SOBRE EL CORRECTO MANEJO DEL PARTOGRAMA PARA LOS PROFESIONALES DE SALUD DEL HOSPITAL GUSTAVO DOMÍNGUEZ-SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS

5.2 Antecedentes

El partograma es la representación gráfica en un plano cartesiano que permite ir detallando la evolución de la dilatación y del descenso, relacionándolo con el tiempo transcurrido en el trabajo de parto. Este representa un instrumento para el profesional de salud, a fin de evitar y prevenir la concurrencia de alguna complicación en el proceso de parto, o también permite que el medico tome decisiones acertadas valorando los riesgos que se han presentado con la paciente.

Por ello es necesario que los profesionales de salud tengan la debida información sobre el manejo eficiente del partograma, por consiguiente se propone la realización de la misma, la cual no genera gasto hospitalarios, ni a los estudiantes, por utilizarse recursos bibliográficos que ya han realizados muchos investigadores y expertos que ameritan ser compartidos.

5.3 Justificación

Evidenciándose en el resultado de la chi cuadrado, que la atonía uterina se encuentra asociada al expulsivo prolongado en un 70% y en un 30 % con factores como el uso de oxitocina, los cuales representan factores que no están asociado a expulsivo prolongado. Por consiguiente de acuerdo a estos resultados se considera que debe mejorarse la praxi profesional, debido a que el estudio cualitativo la atonía uterina asociada al expulsivo prolongado se pueda presentar de forma frecuente debido al uso de los uterotonicos y el manejo inadecuado del partograma, por ello es necesario concientizar a los profesionales sobre el uso correcto del mismo y a seguir las guías

clínicas ya establecidas para el trabajo de parto, con el propósito de disminuir y prevenir la muerte en madres gestantes.

Por consiguiente, se desarrolla la presente propuesta, la cual está ampliamente justificada, porque la misma incentivara a los profesionales de salud a comprometerse y concientizarse acerca del manejo correcto del partograma, estando dirigido a los médicos y personal que labora en el Hospital Gustavo Domínguez-Santo Domingo De Los Tsáchilas, esto ayudará a mejorar el desempeño de los profesionales de salud, mejorando el bienestar y la salud de las madres y recién nacidos en una de las etapas fundamentales del parto.

5.4 Objetivos

Fortalecer el sistema de salud con profesionales altamente comprometidos con la salud materna y contribuir a la mortalidad materna de las mujeres del Hospital Gustavo Domínguez-Santo Domingo de Los Tsáchilas, a través de la capacitación sobre el correcto manejo del correcto del partograma.

5.4.2 Objetivos específicos

- Promover la instrucción por medio de talleres del correcto manejo del partograma con el propósito de comprometer a los médicos con la salud materna de las mujeres del Hospital Gustavo Domínguez-Santo Domingo De Los Tsáchilas.
- Implementar talleres que capaciten y guíen a los profesionales de salud para una mejor implementación de las prácticas clínicas durante el trabajo de parto.
- Concientizar a los profesionales sobre las complicaciones obstétricas y su repercusión en la salud materno y neonatal por atonías uterinas por expulsión prolongada, motivándoles al mejorar el llenado correcto del partograma.

5.5 Aspectos básicos de la Propuesta de Aplicación

Aspecto Pedagógico:

Esta propuesta promueve concientizar sobre la correcta utilización y manejo del partograma, considerándose que este programa propuesto servirá como una herramienta que está dirigida al apoyo de los médicos para el momento de la toma de decisiones clínicas adecuadas, eficientes y seguras, que permita contar con conocimientos avanzados y actualizados para un mejor rendimiento profesional y la prevención de complicaciones especialmente en el trabajo de parto.

Dicho programa aquí propuesto contiene talleres sobre la atención al parto normal y sin complicaciones por atonía uterina asociada a la expulsión prolongada, donde se hará detalle del manejo correcto del partograma que les facilite su utilización a todos los profesionales del salud que forman parte del equipo del Hospital Gustavo Domínguez-Santo Domingo De Los Tsáchilas.

Aspectos Psicológicos:

El programa propuesto promueve la concientización de los profesionales de salud, con el fin de evitar las complicaciones por atonía uterina durante el parto, situación que afecta psicológicamente a la madre gestante y en proceso de parto.

5.5.1 Estructura general de la propuesta

Consiste en la realización sobre el correcto manejo del partograma para los profesionales de salud del Hospital Gustavo Domínguez-Santo Domingo de los Tsáchilas, está estructurado de la siguiente manera:

1. Organización

Se desarrollarán 2 talleres donde participarán a los profesionales de salud se inscriban sin costo alguno para la recepción de dicha actualización, se invitará a todo el personal que pertenezca al área de Ginecología y Obstetricia, estos talleres integrados al programa tendrán una duración de un mes, donde se hará en un solo día para diversos grupos que no estén en jornadas de trabajo.

2. Competencias

El programa propuesto brindará conceptos sobre partograma y su correcto manejo, también hará referencia a las pautas necesarias para una buena atención a pacientes gestantes en trabajo de parto, aportándole al profesional de salud mayores conocimientos para la detección de anomalías del trabajo de parto.

3. Metodología de aprendizaje

Dicho programa de capacitación y educación se va a desarrollar dentro del enfoque constructivista, debido a que ese incentivara que los profesionales de salud que recibirán los talleres, puedan construir sus propios conocimientos a partir de experiencias previas, es decir que puedan ellos practicar la realización del partograma y realizar pequeñas exposiciones dialogadas sobre casos clínicos, observaciones y situaciones de demostraciones.

Dichos talleres se realizarán cada 5 meses en ciclos repetitivos, por unos 3 años, es decir cada años se van a desarrollar estos talleres con el propósito de potenciar y retroalimentar a los profesionales de salud, donde se medirá estadísticamente su avance y compromiso con el bienestar de las madres.

Los temas a brindar en el programa son:

Taller 1

Liderazgo en profesionales de la salud materna neonatal y clima laboral dentro de emergencias obstétricas:

- ✓ Estadísticas de complicaciones y mortalidad maternas y neonatales
- ✓ neurociencia aplicada al trabajo.
- ✓ Inteligencia emocional.
- ✓ Liderazgo efectivo en el profesional de la salud.

Taller 2

Cuidados durante el parto por parte de profesionales de salud Guía de Práctica Médica:

- ✓ Cuidados durante el parto
- ✓ Dilatación: Primera etapa del parto
Segunda etapa del parto
- ✓ Alumbramiento
- ✓ Utilización de uterotónicos.
- ✓ Riegos y medidas de prevención

Taller 3

Partograma y las técnicas para su utilización.

- ✓ Conceptualización
- ✓ Las curvas de Friedman
- ✓ Uso del partograma e instrucciones
- ✓ Partograma OMS, descenso cefálico
- ✓ Partograma OMS, encajamiento
- ✓ Criterios para partos activos
- ✓ Limitaciones del partograma

4. Recursos:

- Proyector
- Lapto
- Diapositivas realizadas en el programa Power Point.
- Hojas A4
- Bolígrafos.
- Copias

5. Duración y lugar

Se realizaran los talleres por 5 meses en el año, realizándose periódicamente por 3 años consecutivamente, alternando los grupos de profesionales que estén disponibles para la recepción del taller. Los se van a desarrollar el auditorio del Hospital Gustavo Domínguez.

5.5.2 Componentes

Los recursos y componentes que se utilizarán en este programa es el recurso humano, quienes son el equipo facilitador que brinde el conocimiento y difunda la información necesaria para la actualización, este equipo estará integrado por obstetricias y promotores de salud que colaboran con la realización de este proyecto, quienes realizaran los talleres, evaluando a los participantes por medio de actividades didácticas por medio de cual se medirán los conocimientos adquiridos en el programa.

5.6 Resultados esperados de la Propuesta de Aplicación

5.6.1 Alcance de la alternativa

- Lograr que los profesionales puedan estar comprometidos con la salud materna de las mujeres del Hospital Gustavo Domínguez-Santo Domingo de los Tsáchilas.
- Alcanzar la implementación de las guías de práctica clínica que están aprobadas y verificadas por la OMS y la MSP con el propósito de disminuir la tasa de mortalidad en madres gestantes.
- Conseguir que los profesionales puedan realizar el llenado correcto del partograma por profesionales de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

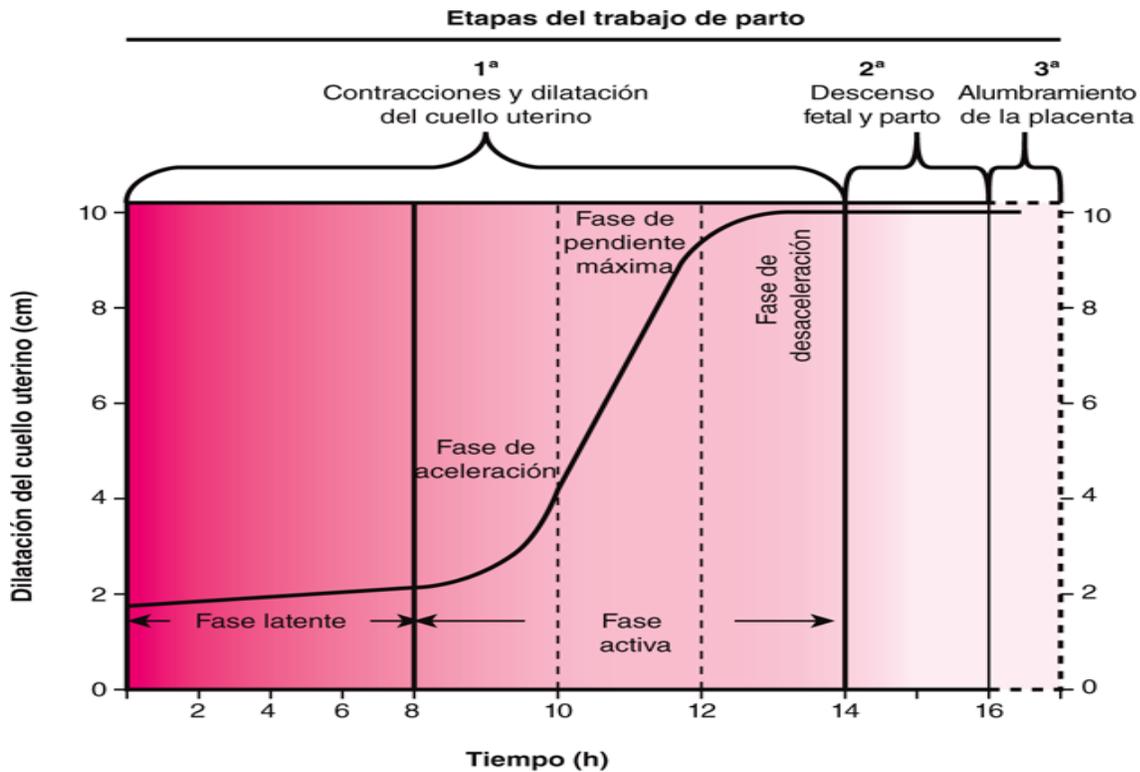
Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la OMS. (2015). *Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto* . GINEBRA : ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD .

- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors*. OMS, 60.
- Álvarez , E., & Gracia , S. (2015). Factores de riesgo de la evolución de la hemorragia posparto a hemorragia posparto severa:. *Gineco. Obstetricia Mex.*, 83-105.
- Asturizaga, P., & Toledo, L. (2014). Hemorragia Obstetrica. *Scielo*, 57-68.
- Cabrera, S. (2010). Hemorragia post parto- Causas de la Atonía Uterina. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* , 122-145.
- Calle, A. (2013). Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Post Parto. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 85-110.
- Carvajal , C., & Ralph, C. (2017). *Manual de Obstetricia y Ginecología*. Chile: Universidad Católica de Chile.
- Cesale, R. (2018). Consenso Hemorragia Postparto (HPP).
- Coronado, S. (13 de marzo de 2016). Trabajo de Parto Disfuncional como Factor. *Trabajo de Parto Disfuncional como Factor*. Lima, Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma.
- Cunningham , G., & Leveno, S. (2015). *Obstetricia de willian*. México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES.
- De la Torre, C., & Gallegos, A. (2019). *Prevalencia de la Técnica de B-Lynch en las hemorragias postparto secundaria a atonía uterina refractaria al protocolo convencional en embarazadas atendidas en el Hospital Alfredo Paulson y en el Hospital General Guasmo Sur durante el periodo 2017 y 2018*. Guayaquil: Universidad Católica de Guayaquil.
- Díaz , M., & Ferrero, E. (2016). Predictores de atonía uterina. *revista informacion científica*, 10.
- Díaz , M., & Hernández, S. (2016). Predictores de atonía uterina. *revista informacion científica*, 2(1), 95-120.
- Díaz, J. (2014). *Introducción a la Investigación Científica* . México: CEYON S.A.
- Díaz, M., & Franco, L. (2016). Predictores de Atonía Uterina. *Revista de Información Científica*, 95, 23-45.
- Espinoza, Z. (2015). Cumplimiento del Llenado e interpretación del Partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de Labor y Parto del Hospital Escuela San Juan de Dios-Estelí. *Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua*.
- Fernández, G. (2019). *Determinantes que condicionan Distocia en la Dinámica Uterina*. Perú: Universidad Andina.

- Figueroa, G. (2016). *Factores que influyen en el periodo Expulsivo Prolongado y su Consecuencia en el Recién Nacido Centro de Salud Ampliación Paucarpata – Arequipa, 2016*. Arequipa: Universidad Andina Nestor Cáceres.
- FIGUEROA, G. A. (2017). *FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PERIODO EXPULSIVO*. Juliaca, Peru: universidad andina.
- Freire, G. (13 de enero de 2012). *direccion general de salud reproductiva*. Obtenido de direccion general de salud reproductiva: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/UrObstetricas.pdf>
- García, O., & Arana, B. (2014). *Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia*. Guatemala: Grupo de especialistas del Hospital de Ginecobstetricia del IGSS.
- Gülmezoglu, P. (2015). *Recomendaciones de la OMS Conduccion del trabajo de parto*. Ginebra: OMS.
- H. Karlsson, C. P. (13 de diciembre de 2009). *scielo*. Obtenido de scielo: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200014
- Hernández M, & García, J. (2016). Factores de Riesgo de Hemorragia. *Ginecologia y obstetricia de Mx*, 45-75.
- Hidalgo, J. (2010). Atonia uterina. *Redalyc*, 30-45.
- INEC. (2017). *GACETA EPIDEMIOLOGICA Y DE MUERTES MATERNAS*. QUITO: INEC.
- Juárez, P. (2018). amenaza a la seguridad del paciente por la conduccion del parto con oxitocina. *scielo*, 86-102.
- Karlsson, H., & Pérez, C. (13 de diciembre de 2009). Mecanismo de Contracciones Uterinas . *Scielo*, 90-110.
- Lopezosa, M. (2016). Estimulación del parto con oxitocina: efectos en los resultados obstétricos y neonatales. *Scielo*, 75-115.
- Machado, C. (2017). *Fatores asociados a la atonía uterina en puérperas del Hospital Uldarico Rocca Fernández*. Lima-Perú: Facultad de obstetricia y enfermería. .
- Ministerio de salud publica. (2015). *Guía perinatal Programa Nacional Salud de la Mujer*. Chile: MSP.
- Ministerio de salud publica. (2015). *atencion del trabajo de parto, parto y postparto GPC*. Quito: El telégrafo.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). *Prevencion, diagnostico y tratamiento de hemorragia postparto*. Quito: Guía de practica clinica.

- Moldenhauer, M. (20 de JUNIO de 2018). *MANUAL MSD*. Obtenido de MANUAL MSD: <https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/trabajo-de-parto-prolongado>
- MSP . (2014). *Guía Práctica Clínica, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento*. Quito.
- MSP. (2015). *Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato*. Quito: Ministerio de Salud Pública.
- Natalben. (14 de Agosto de 2019). *Grupo Italfarmaco*. Obtenido de Grupo Italfarmaco: <https://www.natalben.com/grupo-italfarmaco-por-que-somos-expertos-salud-mujer-ginecologia>
- OMS. (2014). *for the Prevention and Treatment of Postpartum Hemorrhage*. Estados Unidos: World Health Organization.
- Ortiz, M. (2013). Estudio clínico y farmacoeconómico en las atonía uterinas . *Revista Española de Ginecología.*, 7-15.
- Programa Nacional de Salud de la Mujer. (2015). *Guía Perinatal 2015*. Santiago: OMS.
- Ralph, J., & Contanza, A. (2017). *Manual de Obstetricia y Ginecología*. Chile: Escuela de Medicina de Chile.
- Ramírez, J. (2014). Patrones de Trabajo de Parto disfuncional. *Scielo*, 200-225.
- salid, s. d. (s.f.).
- Simkin, P. (08 de junio de 2015). *Asociacion americana prenatal*. Obtenido de Asociacion americana prenatal: <https://americanpregnancy.org/es/labor-and-birth/prolonged-labor-failure-progress/>
- Solari, A. (2014). Hemorragia del Postparto. Principales Etiologías. *CONDES*, 993-1003.
- Toala, E. (2016). *Manejo de la Hemorragia Post parto*. Guayaquil: Universidad de Guayaquil.
- Toledo, L. (2016). Periodo Expulsivo. *Scielo*, 22-45.
- Torres, J. (2017). Hemorragia pos parto por atonia uterina. *Scielo*, 55-72.

ANEXOS



Fuente: F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, Catherine Y. Spong, Jodi S. Dashe, Barbara L. Hoffman, Brian M. Casey, Jeanne S. Sheffield: *Williams. Obstetricia*, 24e: www.accessmedicina.com
Derechos © McGraw-Hill Education. Derechos Reservados.

Valores normales para cada una de las etapas del parto

Etapas del Parto		Tiempos esperados	
Primera etapa	Fase latente	Nulípara	Total: Hasta 20 horas Dilatación: 1,2 cm/h Descenso: 1 cm/h
	Fase activa	Múltipara	Total: Hasta 14 horas Dilatación: 1,5 cm/h Descenso: 2 cm/h
Segunda etapa		Nulípara	90 minutos
		Múltipara	60 minutos
Tercera etapa		Nulípara	45 minutos
		Múltipara	30 minutos

De Pérez Sánchez 4ª edición

MATRIZ DE CONSISTECIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>¿Cuál es la asociación entre la atonía uterina y expulsivo prolongado en las mujeres de 15 a 35 años en hospital Gustavo Domínguez - Santo Domingo de los Tsáchilas; Enero-Junio 2019?</p> <p>PROBLEMAS DERIVADOS</p> <p>¿Cuál es el porcentaje de atonía uterina en mujeres de 15 a 35 años en hospital Gustavo Domínguez - Santo Domingo de los Tsáchilas; enero-junio 2019?</p> <p>¿Cuál es el porcentaje de expulsivo prolongado en mujeres de 15 a 35 años en Hospital Gustavo Domínguez - Santo Domingo de los Tsáchilas; Enero-Junio 2019?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar la asociación entre la atonía uterina y expulsivo prolongado en las mujeres de 15 a 35 años en Hospital Gustavo Domínguez - Santo Domingo de los Tsáchilas; Enero-Junio 2019.</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <p>Establecer el porcentaje de expulsivo prolongado en mujeres de 15 a 35 años en Hospital Gustavo Domínguez - Santo Domingo de los Tsáchilas; Enero-Junio 2019</p> <p>Valorar el porcentaje de atonía uterina en mujeres de 15 a 35 años en hospital Gustavo Domínguez - Santo Domingo de los Tsáchilas; enero-junio 2019</p> <p>Relacionar el porcentaje de atonía uterina asociadas a expulsivo prolongado en mujeres de 15 a 35 años en hospital Gustavo Domínguez - Santo Domingo de los Tsáchilas; enero-junio 2019.</p>	<p>Variable independiente</p> <p>Expulsivo prolongado</p> <p>Variable dependientes</p> <p>Atonía uterina</p>	<p>Método inductivo -análisis con estudio estadístico y teórico.</p> <p>Modalidad de investigación</p> <p>tipo cuantitativo y cualitativa</p> <p>Tipo de investigación</p> <p>Aplicada, de campo, descriptivo con corte transversal-retrospectiva</p> <p>Técnica</p> <p>Técnica de observación: Historias clínicas del hospital - Base de datos en Excel del hospital - Revistas, artículos científicos y libros –criterios de inclusión y exclusión</p> <p>Instrumento: bajo la recolección de información se elaborará una base de datos en una hoja de Excel con las variables de estudio: atonía uterina y expulsivo prolongado</p> <p>Universo: 80 con hemorragias uterinas</p> <p>Población: 40 con atonía uterina se tomará a todas las mujeres de parto que presentaron atonía uterina</p> <p>Muestra: 28 con atonía uterina y reportan expulsivo prolongado casos</p>

PARTOGRAMA

C.C./H.CU. 2350656183

DIA MES AÑO
09 01 2019

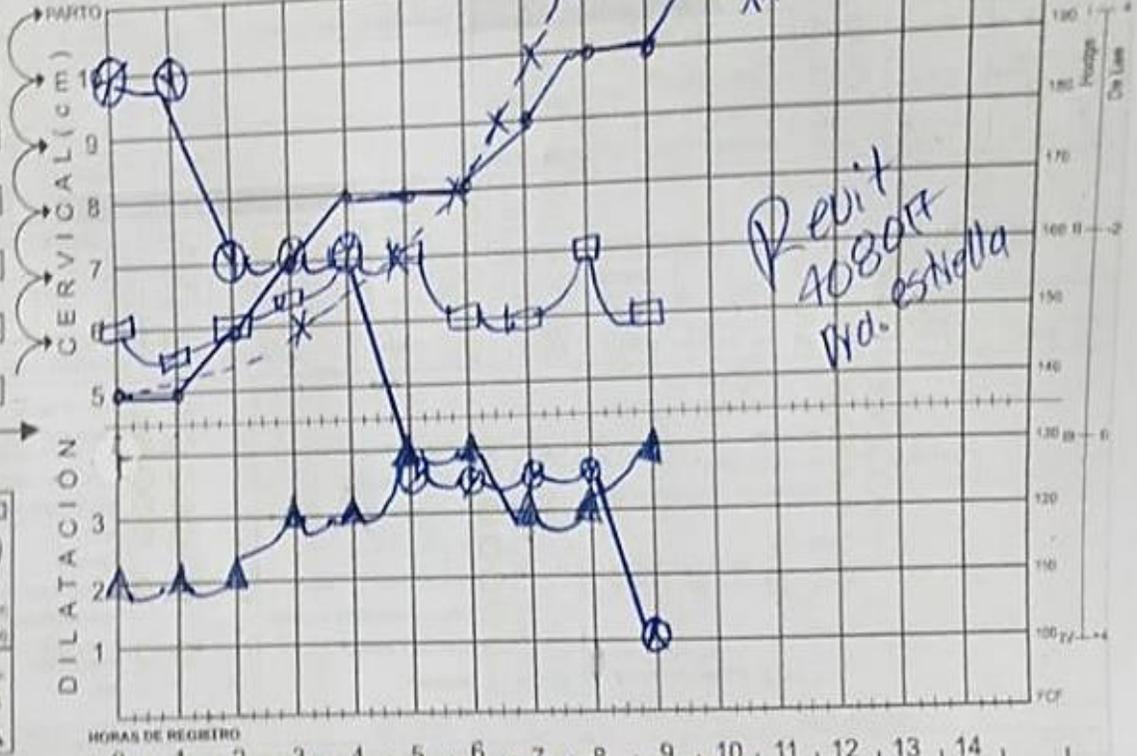
APELLIDO PATERNO: Barreiro
MATERNO: Zambrano
NOMBRES: Mariela
parto 17:40

POSICIÓN	VERT	HORIZONTAL			
POSICIÓN	OCAS	MULTIPAR	PRIMIPAR		
MEMBRAS	NTS GRAS	NTS GRAS	ROTAS	NTS GRAS	ROTAS

VALORES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LAS CURVAS DEL PARTOGRAMA

0.15	0.15	0.05	0.30	0.20
0.25	0.25	0.10	0.40	0.35
0.35	0.40	0.25	0.40	0.50
1.00	0.05	0.05	1.00	1.05
1.15	1.25	1.00	1.30	1.20
1.10	2.30	2.30	3.15	2.90

LÍNEA DE BASE CON LA CUAL SE HACE LA LECTURA DE ALERTA



- REFERENCIAS
- FRECUENCIA CARDÍACA FETAL:
 - PLANOS DE PUNDO Y VARIACIÓN DE POSICIÓN:
 - DILATACIÓN CERVICAL:
 - RUPURA ESPONTÁNEA MEMB:
 - RUPURA ARTIFICIAL MEMB:
 - INTENSIDAD LOCALIZACIÓN:
 - TIPO DE PARTO:
 - TIPO DE PRESENTACIÓN:
 - TIPO DE POSICIÓN:
 - POSICIÓN MATERNA:
 - Est. derecho:
 - Est. izquierdo:
 - Directa:
 - Oblicua:
 - Trasversaria:
 - Parada o caído:

TIPO DE PARTO	TIPO DE PRESENTACIÓN	TIPO DE POSICIÓN	POSICIÓN MATERNA	Est. derecho	Est. izquierdo	Directa	Oblicua	Trasversaria	Parada o caído
PC	6	10	10	LD	LD	LD	55	55	55
110/80	110/80	130/80	130/80	120	120	120	80	80	80
80	80	90	80	80	90	80	80	80	80
150	105	150	155	160	160	150	160	150	150
20	20	50	40	20	50	20	50	20	20
2/10	2/10	2/10	3/10	3/10	4/10	4/10	3/10	3/10	4/10
SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP

VARIABLES IDENTIFICAR CASOS DE NEAR MISS no sí

CRITERIOS CLÍNICOS DE FUNCIÓN ORGANO-SISTEMA	LABORATORIO	INTERVENCIONES
Cardiología: sí no	Laboratorio: sí no sí	Administración control de: <input checked="" type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no

Autor	Objetivo	Meta
OMS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades 	“Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos”
Desarrollo del milenio	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reducir, entre 1990 y 2015, la razón de mortalidad materna (RMM) en un 75% (Naciones Unidas, 2000). Esto es reducir de un 89 a un 22.3 por 100.000 nacidos vivos en este periodo. 	“Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos”
Plan nacional del buen Vivir	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mejorar la calidad de vida de la población 	Reducción de la razón de mortalidad materna a 50 muertes por cada 100.000 nacidos vivos para el año 2017.
Obst. Jennifer Checa Obst. Teresa Vizuete	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fortalecer el sistema de salud con profesionales altamente comprometidos con la salud materna y contribuir a la mortalidad materna de las mujeres del Hospital Gustavo Domínguez-Santo Domingo de Los Tsáchilas, a través de la capacitación sobre el correcto manejo del correcto del partograma. 	Reducir la tasa de mortalidad de madres por atonía uterina asociada a expulsivo prolongado en un 30% por medio de la concientización de los profesionales en el uso correcto del partograma.

Cronograma de la propuesta

MESES	PROFESIONAL DE SALUD RESPONSABLE	TEMAS	FECHAS	DURACIÓN
Enero	Obst. Jennifer Checa. Obst. Teresa Vizuete	Liderazgo en profesionales de la salud materna neonatal y clima laboral dentro de emergencias obstétricas: - Estadísticas de complicaciones y mortalidad maternas y neonatales. -Neurociencia aplicada al trabajo	2/1/2021 9/1/2021 16/1/2021 23/1/2021 30/1/2021	2 Horas
Febrero	Obst. Jennifer Checa. Obst. Teresa Vizuete	-Inteligencia emocional. -Liderazgo efectivo en el profesional de la salud.	6/2/2021 13/2/2021 20/2/2021 27/2/2021	2 Horas
Marzo	Obst. Jennifer Checa. Obst. Teresa Vizuete	Cuidados durante el parto por parte de profesionales de salud Guía de Práctica Médica: -Cuidados durante el parto -Dilatación: Primera etapa del parto -Segunda etapa del parto -Alumbramiento	6/3/2021 13/3/2021 20/3/2021 27/3/2021	2 Horas
Abril	Obst. Jennifer Checa. Obst. Teresa Vizuete	Cuidados durante el parto por parte de profesionales de salud Guía de Práctica Médica: -Utilización de uterotónicos. -Riegos y medidas de prevención	3/4/2021 10/4/2021 17/4/2021 24/4/2021	2 Horas

Mayo	Obst. Jennifer Checa. Obst. Teresa Vizquete	Partograma y las técnicas para su utilización. EL CLAMP -Conceptualización -Las curvas de Friedman -Uso del partograma e instrucciones -Partograma OMS, descenso cefálico -Partograma OMS, encajamiento -Criterios para partos activos - Limitaciones del partograma	1/5/2021 8/5/2021 15/5/2021 22/5/2021 29/5/2021	
-------------	--	---	---	--



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

Babahoyo, 02 de diciembre del 2019

DR. HUGOLINO ORELLANA GAIBOR
COORDINADOR DE TITULACIÓN CARRERA DE OBSTETRICIA
En su despacho. -

Presente:

Nosotras, **JENNIFFER LIZETH CHECA VERA**, con número de identificación **2300467830**, Y **TERESA JACQUELINE VIZUETE CEVALLOS**, con número de identificación **0932036742**, matriculados en el Proceso de Titulación periodo octubre 2019 – marzo 2020 en la modalidad Proyecto de Investigación, nos dirigimos a usted para dejar constancia que nuestro tema para proyecto de titulación es: **ATONIA UTERINA ASOCIADA A EXPULSIVO PROLONGADO, EN MUJERES DE 15 A 35 AÑOS, HOSPITAL GUSTAVO DOMINGUEZ, SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS-ENERO, JUNIO 2019.**

Se encuentra aprobado por la tutora **Obstetriz Liliam Muñoz**

Atentamente:

JENNIFFER LIZETH CHECA VERA
Estudiante

TERESA JACQUELINE VIZUETE CEVALLOS
Estudiante

Recibido
03/12/2019



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA

Babahoyo, 5 de diciembre del 2019

Presente

Ing. Maria Fernanda Arroyo

Gerente del Hospital Gustavo Dominguez Zambrano

De mi consideración:

Por el presente me permito expresar a usted mi más cordial saludo yo Jennifer Checa Vera con I.C 2300467830 en la que realice el internado rotativo de Obstetricia en esta casa de salud durante un año culminado el 31 de agosto del 2019, el motivo de esta solicitud es pedir cordialmente me permita el acceso de base de datos sobre tesis ATONIA UTERINA EN MUJERES DE 15 A 35 AÑOS ASOCIADA A EXPULSIVO PROLONGADO EN HOSPITAL GUSTAVO DOMINGUEZ Z. -SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS-ENERO,JUNIO 2019 con la finalidad de poder cumplir con mi proyecto de investigación el cual es requerido para graduarme.

Razón por el cual espero me conceda lo solicitado de ante mano quedo totalmente agradecida.

Atetamente

Coordinador de titulación

Dr. Hugolino Orellana Caibor
GINECO OBSTETRA
LIBRO: 3 FOLIO: 0007 No. 0019

Jennifer lizzeth checa vera

HOSPITAL
Dr. Gustavo Dominguez Z.
RECEPCION DE DOCUMENTOS
VENTANILLA UNICA

05 DIC 2019

8:30

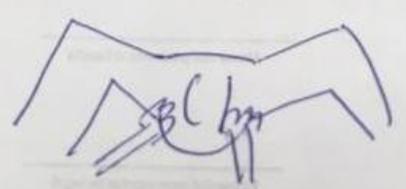
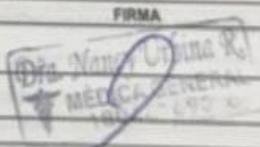
HOSPITAL "DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ Z."

UNIDAD OPERATIVA HOSPITAL "DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ Z."		PARROQUIA ZARACAY	COD. LOCALIZACIÓN CANTÓN SANTO DOMINGO		PROVINCIA TRACHILA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA 1315651883	
PATRONO Cedeno	APELLIDO MATERNO Velásquez	NOMBRES Miche Concha		EDAD 18	SERVICIO 66	CAMA	FECHA 25/05/19
TIPO DE ATENCIÓN AMBULATORIO ()		HOSPITALIZACIÓN ()		CONSULTA EXTERNA ()		CODIFICACIÓN CIE 10: 032	
DIAGNÓSTICO: Hemorragia post parto							

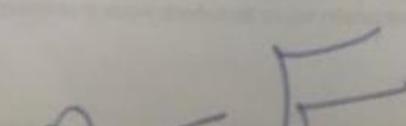
1. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO

NOMBRE DEL TRATAMIENTO MÉDICO CLÍNICO RECOMENDADO	¿EN QUÉ CONSISTE?
PROPOSITOS Y BENEFICIOS PARA EL PACIENTE	¿EXISTE COMPLICACIONES EN EL TRATAMIENTO? RIESGOS FRECUENTES POCO GRAVES: RIESGOS POCO FRECUENTES GRAVES: RIESGOS ESPECÍFICAMENTE RELACIONADOS CON EL PACIENTE:
NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE	ESPECIALIDAD
	CÓDIGO DEL MSP
	FIRMA

2. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y/O PROCEDIMIENTO

NOMBRE PROCEDIMIENTO E/O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA RECOMENDADO Remoción Manual de Coágulos Uterinos	¿EN QUÉ CONSISTE? Limpeza de Coágulos Uterinos
GRÁFICO DE LA INTERVENCIÓN 	PROPOSITOS Y BENEFICIOS PARA EL PACIENTE Control sangrado
	¿EXISTEN COMPLICACIONES EN EL TRATAMIENTO? RIESGOS FRECUENTES POCO GRAVES: RIESGOS POCO FRECUENTES GRAVES: RIESGOS ESPECÍFICAMENTE RELACIONADOS CON EL PACIENTE: Infección, shock, sepsis, muerte
	DURACIÓN ESTIMADA DE LA INTERVENCIÓN
NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE Dr. Alvarado / Pro Urbino	ESPECIALIDAD Ginecología
	CÓDIGO DEL MSP 18046 / 6926
	FIRMA 

3. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA

TÉCNICA ANESTÉSICA PROPUESTA Anestesia General Corte	¿EN QUÉ CONSISTE? Fase anestésica por vía intravenosa y por vía aérea
DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA 	PROPOSITOS Y BENEFICIOS PARA EL PACIENTE Analgesia, Anestesia, Inmovilización
	¿EXISTEN COMPLICACIONES EN EL TRATAMIENTO? RIESGOS FRECUENTES POCO GRAVES: RIESGOS POCO FRECUENTES GRAVES: Bradicardia, Hipotensión

HOSPITAL "DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ Z."

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA  Ministerio de Salud Pública	UNIDAD OPERATIVA HOSPITAL "DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ Z."	PARROQUIA ZARACAY	COD. LOCALIZACIÓN CANTÓN SANTO DOMINGO	PROVINCIA TSÁCHILA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA 1315651883
--	---	----------------------	---	-----------------------	--

4. ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO: _____

5. DESCRIPCIÓN DEL MANEJO POSTERIOR AL PROCEDIMIENTO: _____

6. CONSECUENCIAS POSIBLES SI NO REALIZA EL PROCEDIMIENTO: _____

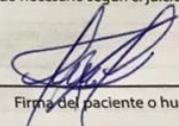
7. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO AL PACIENTE:

Fecha: 25/05/2019

He facilitado la información completa que conozco, y me ha sido solicitada, sobre los antecedentes personales, familiares y de mi estado de salud. Soy consciente de que omitir estos datos puede afectar los resultados del tratamiento. Estoy de acuerdo con el procedimiento que se me ha propuesto he sido informado de las ventajas e inconvenientes del mismo, se me ha explicado de forma clara en qué consiste, los beneficios y posibles riesgos del procedimiento. He escuchado, leído y comprendido la información recibida y se me ha dado la oportunidad de preguntar sobre el procedimiento. He tomado consciente y libremente la decisión de autorizar el procedimiento. Consiento que durante la intervención, me realicen otro procedimiento adicional. Es considerado necesario según el juicio del profesional de la salud, para mi beneficio. También conozco que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

Cedeno Velasquez Nicole
Nombre completo del paciente

1315651883
Cédula de ciudadanía


Firma del paciente o huella

Si el paciente no está en capacidad para firmar el consentimiento informado:

Nombre del representante legal

Cédula de ciudadanía

Firma del representante legal

8. NEGATIVA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____

Una vez que he entendido claramente el procedimiento propuesto, así como las consecuencias posibles si no se realiza la intervención, no autorizo y me niego a que se me realice el procedimiento propuesto y libero de responsabilidades futuras de cualquier índole al establecimiento de salud y al profesional sanitario que me atiende, por no realizar la intervención sugerida.

