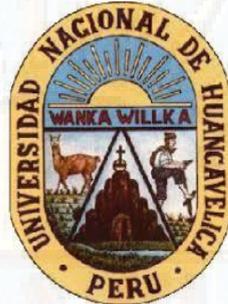


**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA**

(CREADA POR LEY N° 25265)

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD**



**TESIS**

---

**ATONÍA UTERINA: CARACTERÍSTICAS Y TRATAMIENTO  
EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI, 2017 AL 2019**

---

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:  
SALUD MATERNO PERINATAL Y NEONATAL**

**PRESENTADO POR:  
OBSTA. Yovana Rosalia, ALTAMIRANO YAROS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:  
EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO**

**AYACUCHO – PERÚ**

**2020**

## ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huancavelica a los diez días del mes de diciembre a las 10:15 horas del año 2020 se reunieron los miembros del jurado evaluador de la sustentación de tesis del (la) egresado(a):

**ALTAMIRANO YAROS, YOVANA ROSALIA**

Siendo los jurados evaluadores:

Presidente : Mg. Tula Susana GUERRA OLIVARES  
Secretario : Dra. Rossibel Juana MUÑOZ DE LA TORRE  
Vocal : Mg. Ada Lisbeth LARICO LOPEZ

Para calificar la sustentación de la tesis titulada:

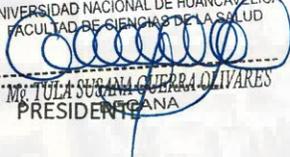
**ATONÍA UTERINA: CARACTERÍSTICAS Y TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI, 2017 AL 2019.**

Concluida la sustentación de forma síncrona, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 405-2020-D-FCS-R-UNH, concluyendo a las 10:55 horas. Acto seguido, el presidente del jurado evaluador informa al o los sustentantes que suspendan la conectividad para deliberar sobre los resultados de la sustentación llegando al calificativo de: APROBADO por UNANIMIDAD.

Observaciones:

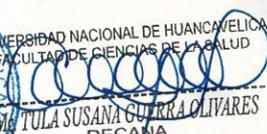
.....  
.....  
.....

Ciudad de Huancavelica, 10 de diciembre del 2020

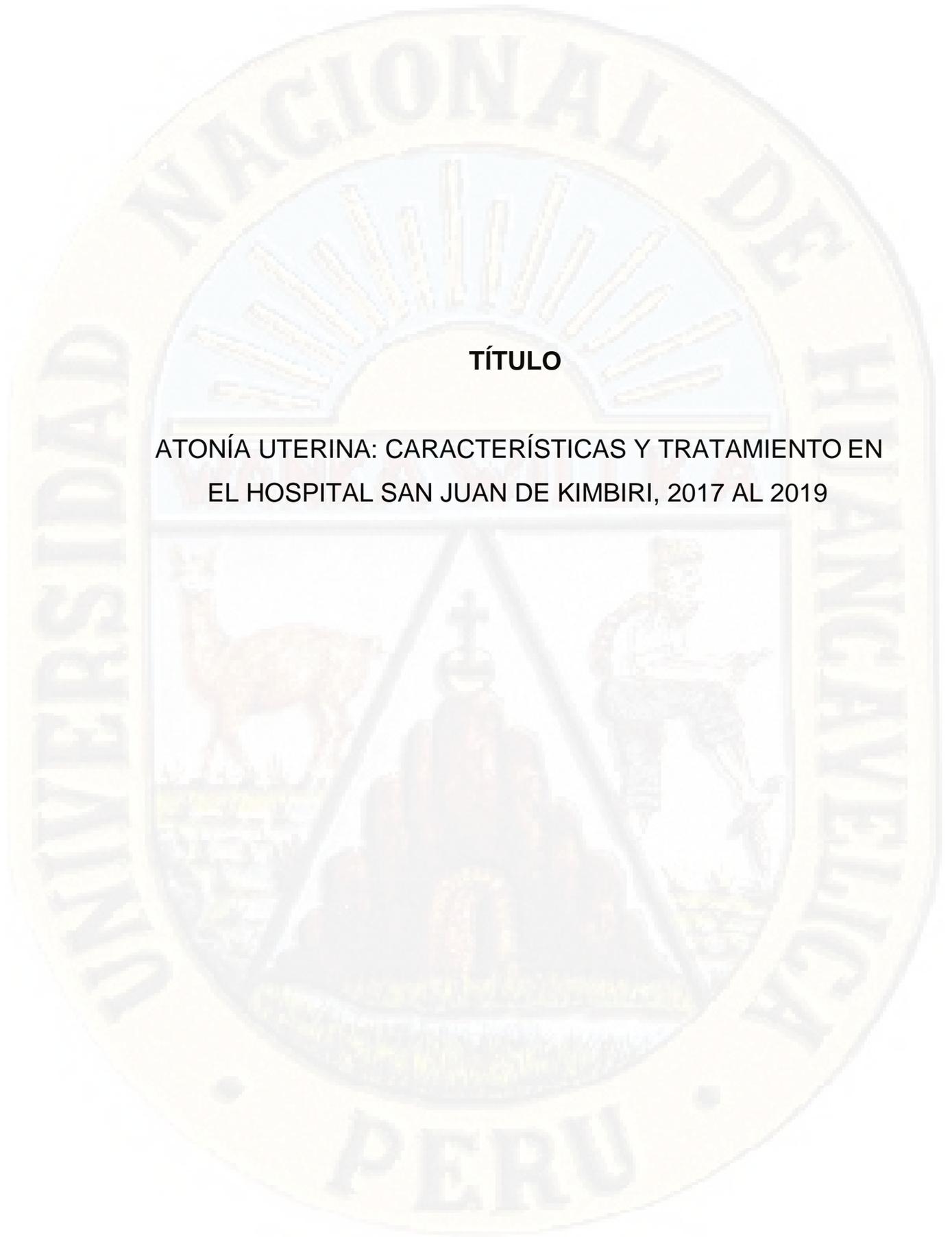
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
  
Mg. Tula Susana GUERRA OLIVARES  
PRESIDENTE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
  
Dra. Rossibel Juana MUÑOZ DE LA TORRE  
SECRETARIA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA  
E.P. OF  
  
Mg. Ada Lisbeth LARICO LOPEZ  
DOCENTE  
VOCAL

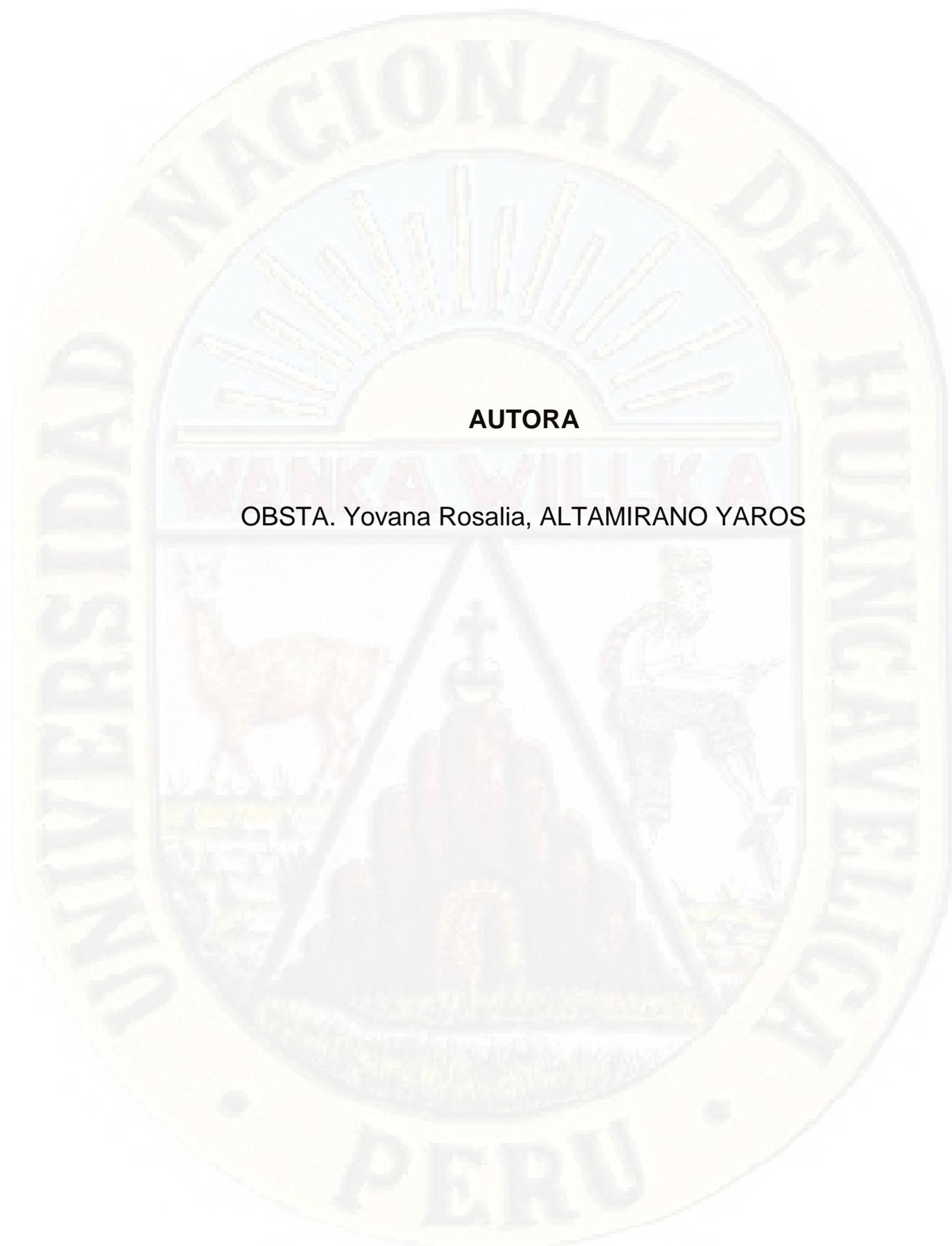
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DECANATO  
  
Mg. Tula Susana GUERRA OLIVARES  
DECANA  
VºBº DECANA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
SECRETARIA  
DOCENTE  
  
Kelly Yadira RIVEROS LAURENTE  
OBSTETRA  
CORP: 36769  
VºBº SECRETARIA DOC.



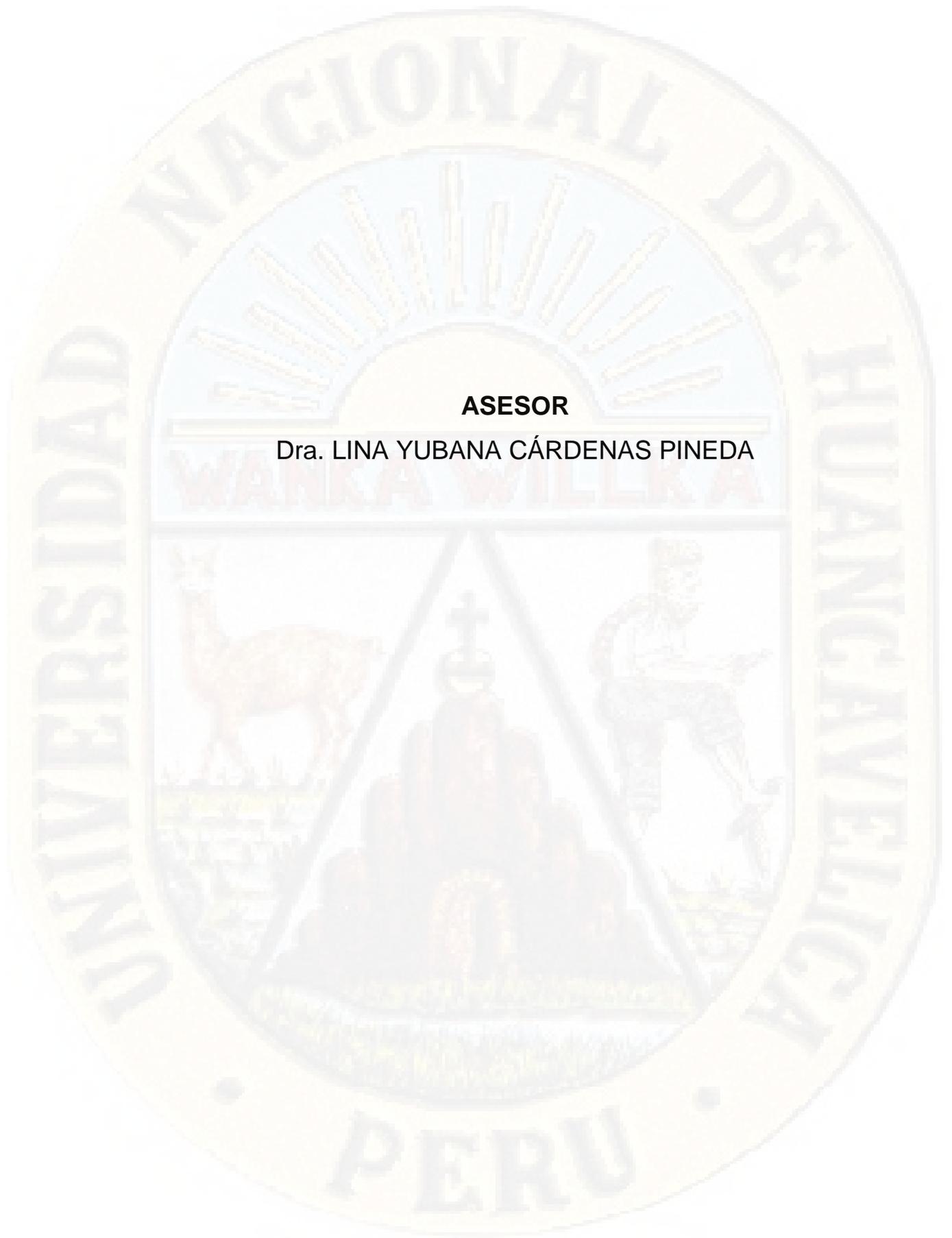
**TÍTULO**

ATONÍA UTERINA: CARACTERÍSTICAS Y TRATAMIENTO EN  
EL HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI, 2017 AL 2019



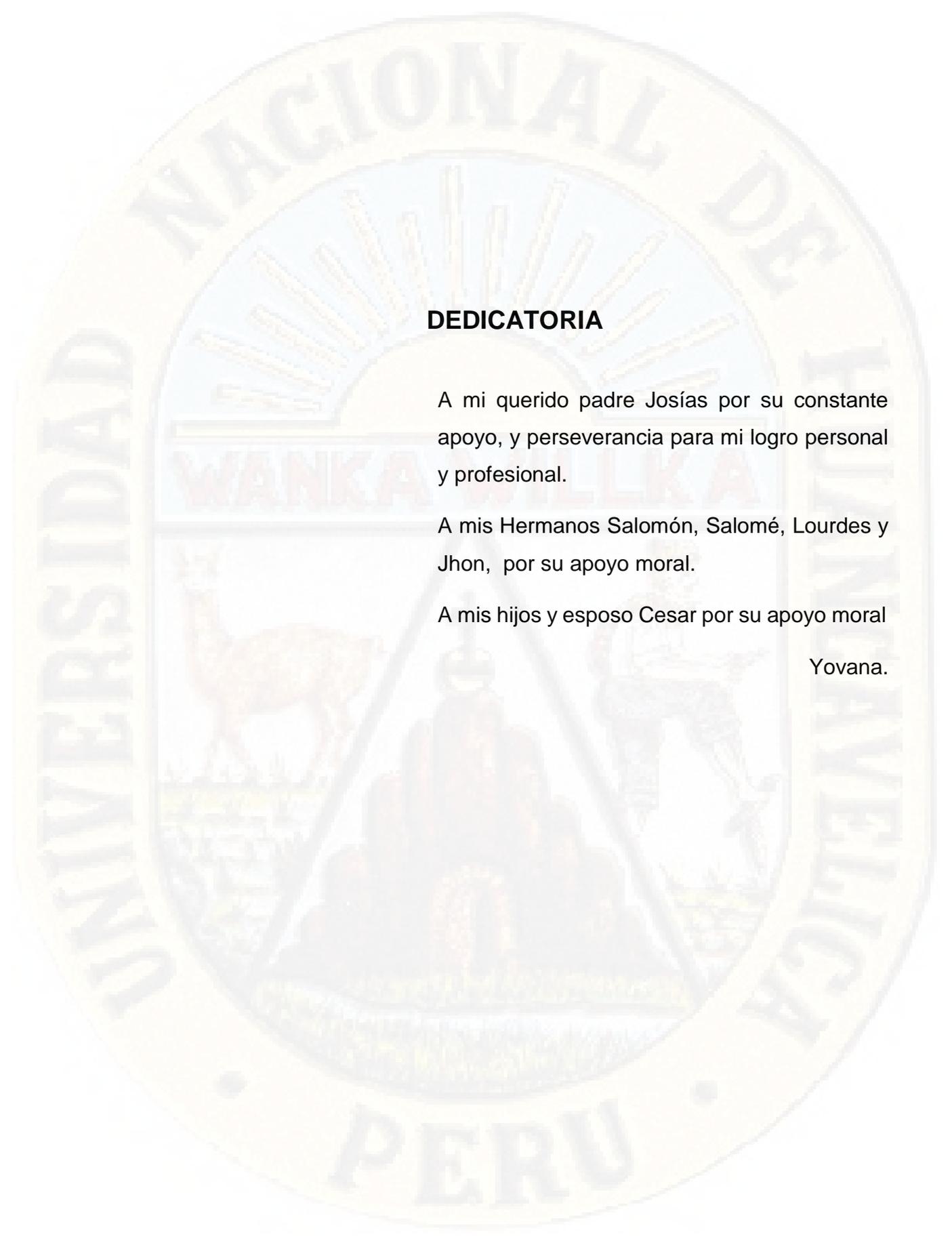
**AUTORA**

OBSTA. Yovana Rosalia, ALTAMIRANO YAROS



**ASESOR**

Dra. LINA YUBANA CÁRDENAS PINEDA



## DEDICATORIA

A mi querido padre Josías por su constante apoyo, y perseverancia para mi logro personal y profesional.

A mis Hermanos Salomón, Salomé, Lourdes y Jhon, por su apoyo moral.

A mis hijos y esposo Cesar por su apoyo moral

Yovana.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, quien en todo momento guía nuestros pasos y nos ayuda a superar las pruebas que encontramos en nuestro camino.

Al director del Hospital San Juan de Kimbiri VRAEM, el M.C. Ivan Agustín Huacre Arce, por permitirnos hacer la presente investigación.

Yovana.

## TABLA DE CONTENIDO

PORTADA .....	i
ACTA DE SUSTENTACION .....	ii
TÍTULO .....	iii
AUTORA.....	iv
ASESOR.....	v
DEDICATORIA .....	vi
AGRADECIMIENTO .....	vii
TABLA DE CONTENIDO .....	viii
TABLA DE CONTENIDO DE CUADROS .....	x
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT.....	xii
INTRODUCCIÓN.....	xiii

### CAPÍTULO I

#### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	14
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	15
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	15
1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA .....	16
1.5. FACTIBILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.....	17

### CAPÍTULO II

#### MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES .....	18
2.2. BASES TEÓRICAS SOBRE EL TEMA DE INVESTIGACION.....	23
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	27

2.4. HIPÓTESIS .....	27
2.5. VARIABLE .....	27
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE .....	27

### CAPITULO III

#### METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. ÁMBITO TEMPORAL Y ESPACIAL .....	29
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	30
3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN .....	30
3.4. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO .....	30
3.5. INSTRUMENTO Y TÉCNICA PARA RECOLECCIÓN DE DATOS .....	30
3.6. TÉCNICAS Y PROCESAMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS .....	31

### CAPITULO IV

#### RESULTADOS

CONCLUSIÓN .....	43
RECOMENDACIONES .....	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	45
APÉNDICES .....	52

## TABLA DE CONTENIDO DE CUADROS

Tabla 1	Características sociodemográficas de las puérperas que padecieron atonía e hipotonía uterina en el “Hospital San Juan de Kimbiri, 2017 al 2019.	33
Tabla 2	Características obstétricas de las puérperas que padecieron atonía e hipotonía uterina en el “Hospital San Juan de Kimbiri, 2017 al 2019.	34
Tabla 3	Complicaciones durante el embarazo y parto que tuvieron las pacientes que presentaron atonía e hipotonía en el “Hospital San Juan de Kimbiri, 2017 al 2019.	36
Tabla 4	Tratamiento empleados en las pacientes que presentaron hipotonía o atonía uterina en el Hospital San Juan de Kimbiri, 2017 al 2019.	37
Tabla 5	Tiempo de estadía y condición de egreso de las pacientes que presentaron atonía o hipotonía uterina en el Hospital San Juan de Kimbiri, 2017 al 2019	39

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar las características y tratamiento de la atonía uterina en el Hospital San Juan de Kimbiri, 2017 al 2019. **Metodología:** investigación observacional, retrospectivo, transversal, en 29 puérperas con atonía uterina; se empleó la estadística descriptiva, y como herramienta el Microsoft Excel. **Resultados:** El 89.66% fueron mayores de 20 años, el 55.17% proceden de zona rural, el 93.10% mantienen relación conyugal estable, el 100% se dedican a su casa. Las características obstétricas identificadas fueron: periodo intergenésico prolongado en 44.83%, multigestas 37.93%, granmultigestas 41.31%, tuvo antecedente de aborto 31.04%, más de seis controles prenatales 72.41%, multíparas 48.28%, granmultíparas 31.03%, el parto fue vaginal del 58.62% y por cesárea 41.38%. El 68.97% presentaron complicaciones durante el embarazo y el parto, como: macrosomía fetal 20.69%, ruptura prematura de membranas, placenta previa, preeclampsia, embarazo en vías de prolongación, parto precipitado 17.24%, expulsivo prolongado 17.24% y trabajo de parto prolongado 13.79%. Los tratamientos más empleados fueron: masaje uterino en un 86.22%, extracción de coágulos 20.62%, compresión bimanual externa 20.69%, ligadura de vasos uterinos 24.14%, histerectomía 10.34% y los medicamentos más usados fueron: oxitocina 82.76%, ergometrina 72.41%, el 20.69% requirió antibiótico, el 17.24% sulfato ferroso, 6.90% requirió hierro sacarato, paquete globular el 6.90%. **Conclusión,** la atonía uterina sigue siendo un problema de la población pobre y vulnerable, y no solo de las gran multíparas si no también de las multíparas, y el periodo intergenésico prolongado debe ser estudiado con atención, el tratamiento empleado fue acorde al nivel del establecimiento de salud.

**Palabras clave:** atonía uterina, características, tratamiento

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the characteristics and treatment of uterine atony at the San Juan de Kimbiri Hospital, 2017 and 2020. **Methodology:** observational, retrospective, cross-sectional research in 29 puerperal women with uterine atony; Descriptive statistics were used, and Microsoft Excel was used as a tool. **Results:** 89.66% were older than 20 years, 55.17% come from rural areas, 93.10% maintain a stable marital relationship, 100% are dedicated to their home. The obstetric characteristics identified were: prolonged intergenetic period in 44.83%, multiparous 37.93%, great multigravity 41.31%, had a history of abortion 31.04%, more than six prenatal controls 72.41%, multiparous 48.28%, granmultiparous 31.03%, delivery was vaginal in 58.62 % and by cesarean section 41.38%. 68.97% presented during pregnancy and delivery, such as: fetal macrosomia 20.69%, premature rupture of membranes, placenta previa, preeclampsia, prolonged pregnancy, precipitous delivery 17.24%, prolonged expulsive 17.24% and prolonged labor 13.79% . The most used treatments were: uterine massage in 86.22%, extraction of clots 20.62%, external bimanual compression 20.69%, uterine vessel ligation 24.14%, hysterectomy 10.34% and the most used drugs were: oxytocin 82.76%, ergometrine 72.41 %, 20.69% required antibiotic, 17.24% ferrous sulfate, 6.90% required iron saccharate, 6.90% globular package. **Conclusion:** uterine atony continues to be a problem of the poor and vulnerable population, and not only of the great multiparas but also of the multiparas, and the prolonged intergenetic period should be studied carefully, the treatment used was in accordance with the level of the establishment of health.

**Key words:** uterine atony, characteristics, treatment

## INTRODUCCIÓN

La hemorragia del parto sobre todo lo que ocurre en el postparto es una de las principales causas de ingreso a unidades de cuidados intensivos y una de las más importantes emergencias obstétricas, constituyen una importante causa de Mortalidad Materna (MM). Independientemente del nivel de desarrollo y/o ingreso per cápita de cada país, las hemorragias graves ocupan el primer lugar dentro de las causas de MM a nivel mundial. Muchas de estas muertes suceden en países en vías de desarrollo, esta complicación es considerable por su magnitud como por la existencia de herramientas disponibles para evitar o disminuir al mínimo su prevalencia (1).

La hemorragia post parta puede deberse por trastornos de la coagulación, retención placentaria, rotura uterina, traumatismo genital pero la causa más común es la pérdida de tono de la musculatura uterina, denominado “atonía uterina”; algunos autores han considerado hasta un 80% (2). En algunos casos no se ha encontrado un factor clínico o antecedente relacionado al problema, por lo general la base teórica de la hiperdistensión de la musculatura uterina es la más mencionada en las diferentes literaturas, durante el embarazo es causado por polihidramnios, gestaciones múltiples, y la multiparidad (3). Es una complicación grave del posparto que requiere de intervención rápida, dentro de la primera hora; para ello se emplea diversos tratamientos desde procedimientos mecánicos hasta intervenciones quirúrgicas. Por ello nos interesamos en revisar las características y el tratamiento que se viene empleando en las atonías uterinas en el Hospital San José de Kinbiri.

La autora



## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 1.1. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La cuantificación de pérdida de sangre en 500 ml o más en el término de 24 horas después del parto se denomina hemorragia posparto, y en caso de que la pérdida sea de 1000 ml o más se define como hemorragia posparto grave. La hemorragia post parto es la causa principal de mortalidad materna en la mayoría de los países con ingresos bajos (4). La Organización Mundial de la Salud estima que aproximadamente el 80% de las muertes maternas por hemorragia son por causas obstétricas directas; como complicaciones en la gestación, trabajo de parto, puerperio, así como por diagnósticos y tratamientos erróneos que se presentan durante la gestación (3).

En España las hemorragias post parto son la segunda causa de muerte materna, representando el 20% de ellas, las más importantes son en el momento del alumbramiento (5).

Por otro lado, en un estudio realizado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Bank World mencionan que Perú es uno de los países del mundo que ha avanzado mucho en la reducción de la mortalidad materna. Sin embargo, existen regiones con altas cifras de mortalidad materna tales como: Lima, Cajamarca, La Libertad, Puno, Piura, Lambayeque, Ancash, Arequipa, Callao, Apurímac, Loreto. En el

2012 las causas de muerte directas fueron: hemorragias (40.2%), hipertensión inducida por el embarazo (32%), aborto (17.5%), e infecciones durante el período de puerperio (4.1%) (6)

La frecuencia de atonía uterina es de 1/20 partos, aproximadamente 5% de todos los partos. Un importante porcentaje de estas pacientes responden a tratamiento médico, el resto se someten a tratamientos quirúrgicos de urgencia y otras podrían tener un desenlace fatal (7).

Al parecer en algunos nosocomios hay una tendencia a la disminución tanto de los casos sin embargo la mortalidad sigue siendo similar, la disminución de los casos se debe a las estrategias preventivas, de atención y tratamiento intermedio y final brindado a la mujer en el proceso reproductivo. En el Hospital María Auxiliadora en el 2013 hubo 155 casos de hemorragia materna de ellos 5 fallecieron, en el 2014 hubo 98 casos de hemorragia materna, 5 fueron muertes maternas (8).

Por ello es necesario revisar las características y el tratamiento que se viene empleando en los problemas de atonía uterina en el hospital San Juan de Kimbiri, estos resultados nos ayudaran a fortalecer las estrategias y técnicas usadas en la atención de las hipotonías y atonías.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son las características y tratamientos de la atonía uterina en el Hospital San Juan de Kimbiri, 2017 al 2019?

## **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.3.1 Objetivo General**

Determinar las características y tratamiento de la atonía uterina en el Hospital San Juan de Kimbiri, 2017 al 2019.

### **1.3.2 Objetivo Específico**

1. Identificar las características sociodemográficas de las mujeres que padecieron atonía e hipotonía uterina en el Hospital San Juan de Kimbiri, 2017 al 2019.
2. Identificar las características obstétricas de las mujeres que padecieron atonía e hipotonía uterina en el Hospital San Juan de Kimbiri, 2017 al 2019.
3. Identificar las principales complicaciones durante el embarazo y parto que tuvieron las pacientes que presentaron atonía e hipotonía en el Hospital San Juan de Kimbiri, 2017 al 2019.
4. Analizar los tratamientos empleados en las pacientes que presentaron atonía e hipotonía uterina en el Hospital San Juan de Kimbiri, 2017 al 2019.

### **1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA**

La problemática de la salud materna a pesar de ser similar tiene sus particularidades en los diferentes escenarios de atención, toda vez que influyen aspectos políticos y sociales y otros; por ello se hace necesario conocer los tratamientos que se vienen aplicando en una de las causas de muerte materna en el establecimiento de salud de la zona considerado como el Valle del Río Apurímac, Ene y Mantaro (VRAEM), el cual fue focalizada por su condición política y social especial.

Los resultados de la investigación nos ayudarán a aplicar la mejora continua en el proceso de atención a la salud reproductiva; con el objetivo de controlar la muerte materna de la región Cusco - Kimbiri asimismo el caracterizar a las gestantes con esta complicación nos ayudará a individualizar a cada paciente en los aspectos cultural, social, económico, para brindar una mejor atención con calidad y calidez.

La presente investigación permitirá analizar las etiologías más frecuentes, definir los medios con los que cuenta la institución para su

diagnóstico y eventual prevención, mostrar cuáles son las medidas terapéuticas de alcance y enfatizar la importancia de la acción multidisciplinaria e idealmente en base a protocolos de acción ante estos eventos. Asimismo nos ayudará para equipar el establecimiento con los recursos pertinentes.

Finalmente, se espera que los resultados de la investigación puedan servir para otras investigaciones.

#### **1.5. FACTIBILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN**

En la presente investigación no se ha encontrado limitaciones debido a que la recolección de datos se realizó en el ámbito del Hospital San Juan de Kimbiri,



## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES

**Palomo** (9) realizó un estudio sobre la “Incidencia de la hemorragia postparto por atonía uterina”. Dicha investigación se llevó a cabo en Guatemala fue retrospectiva, transversal y descriptiva de las pacientes con hemorragia postparto en los meses de marzo a octubre del 2011. La población estuvo constituida por todas las pacientes que ingresaron a sala de labor de partos y la muestra se conformó con las pacientes que tuvieron hemorragia postparto por atonía uterina independientemente de la vía del nacimiento. El objetivo fue determinar la incidencia de la hemorragia posparto por atonía uterina en la sala de labor de partos del Hospital Regional de Escuintla del año 2011. Resultados: El 35.82 % tenían edades comprendidas entre 15 y 19 años seguidas del 34.32% con edad de 20 a 24 años, El 40.3% fueron multíparas y el 32.8% nulíparas. El 31.25 % de las cesáreas fueron por desproporción cefalo - pélvica y el 25.0% por sufrimiento fetal agudo. Al 73.13% de las pacientes se le administró Misoprostol 800 mcg rectal única dosis, oxitócica intravenosa a 20u/lit sol a 30-60 gotas minuto, en el 52.2% de los casos. Los principales factores de riesgo intraparto fueron la oxito-conducción en 52.2% y parto precipitado con un 14.93%. Conclusiones: La incidencia de atonía uterina fue del 8.3% por mes.

**Vélez et al** (10), en el año 2013, en su investigación “Validación del Código Rojo: una propuesta para el tratamiento de la hemorragia obstétrica”. Fue un diseño de tipo cuasi experimental de medición antes y después, en los hospitales de cuatro municipios del Departamento de Cundinamarca. Con el objetivo de evaluar el efecto del entrenamiento en una guía de manejo, con base en escenarios de simulación, sobre la prevención y el tratamiento de la hemorragia obstétrica. Resultados: en los 445 miembros del personal de salud capacitados, la mediana de la calificación pasó de 55.0% de respuestas correctas antes de la capacitación a 85.0% después ( $P < 0,001$ ). Se presentaron 124 (2,1%) casos de hemorragia antes y 86 (1,8%) después de la intervención, con una disminución de la incidencia de 16,5%. Conclusiones. La intervención realizada incrementó el uso de algunas prácticas beneficiosas para la prevención y detección temprana de la hemorragia, y obtuvo una mejoría significativa en la incidencia de hemorragia.

**Chica** (11), en el año 2013, en su investigación “Frecuencia de la hemorragia postparto y post cesárea en pacientes del Hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano de la Ciudad de Manta” Fue un estudio descriptivo y observacional, con una muestra de 30 casos de pacientes diagnosticadas con hemorragia postparto y post cesárea. Resultados: los factores de riesgo identificados en orden decreciente fueron, anemia (40%), parto inmaduro (27%), trastornos hipertensivos del embarazo (20%) y trabajo de parto con conducción (13%). La causa más frecuente de hemorragia post parto encontrada fue la atonía o hipotonía uterina (43%), alumbramiento incompleto (27%), desgarros perineales (20%) y desgarro de cérvix (10%). Conclusión: De acuerdo a la paridad el mayor porcentaje se concentró en las nulíparas que representa el 60% de los casos, es importante señalar que la atonía uterina fue una de las causas que mayormente desencadenaron

cuadros de hemorragia postparto y post cesárea que se presentó en 13 pacientes que representan el 43% de los casos.

**Castellano et al** (12), publican en el año 2012 una investigación “Prevalencia de hemorragia posparto en pacientes de 14 a 45 años atendidas en el área de Gineco – Obstetricia del Hospital Básico de Machachi, en el 2011. La recolección de datos fue a través de la revisión de las historias clínicas, para obtener los datos de las características personales, educativas, sociales, económicas, residencia, edad, paridad y los principales factores de riesgo asociados a la patología a estudiarse. Resultados: 61 casos presentaron hemorragia posparto que representa una prevalencia del 10.0%. El 64.0% son hemorragias post parto fueron moderadas, 25.0% leves y 11.0% graves. El tratamiento utilizado en la hemorragia posparto fue: 52.0% oxitócicos, 46.0% masaje uterino y 2.0% transferencia a otro establecimiento de salud con mayor capacidad por la gravedad. Conclusión: Entre los factores de riesgo para que una paciente presente hemorragia posparto fueron: el 87.0% hipotonía uterina, 5.0% traumas del tracto genital y 8.0% retención de restos placentarios.

**Alcivar et al** (13), en el año 2011 realizaron una investigación denominada “Causas y factores de riesgo que aumentan la incidencia de hemorragia postparto en el área Gineco obstétrica del Hospital Verdi Cevallos Balda” en el 2011” realizo un estudio descriptivo, para lo cual se recolectaron datos a través de la revisión de historias clínicas de pacientes atendidas en el área de Gineco - Obstetricia del Hospital Verdi Cevallos Balda, teniendo como población a 1220. Conclusión: las principales causas de hemorragia postparto fueron las atonías uterinas, las lesiones del canal blando del parto y los restos placentarios. Asimismo, los factores de riesgo que más se presentaron fueron en las mujeres que procedían de la zona rural y la falta de atenciones prenatales.

**Orosco** (14), realizo en el año 2010 una investigación “Factores de riesgo de hemorragia post parto en pacientes con puerperio inmediato en el Servicio de ginecología, Hospital Provincial Puyo”. Fue un estudio transversal, en una muestra de 43 casos, de los cuales se evaluaron: incidencia, características generales, causa principal, antecedentes gineco – obstétricos y factores de riesgo. Resultados: el 37% corresponde al grupo de edad comprendido entre 28 – 34 años; el 65.0% fueron de nivel socioeconómico bajo; el 60.0% tuvieron entre analfabeta e instrucción primaria con una diferencia del 40% en quienes tenían cierto grado de alfabetización, el 63% de pacientes fueron multigestas, el 42% tuvieron de 1 a 3 atenciones prenatales. Conclusiones: dentro la principal causa de hemorragia post parto fue la atonía uterina con un 42%. Los factores de riesgo que presentaron fue en mayor porcentaje las pacientes primigestas con 37% de los casos, seguido de las gran multíparas con un porcentaje del 33%. Dentro de los principales factores de riesgo intraparto se tuvo al desgarro cérvico vaginal - perineal.

### **Nacional**

**Díaz et al** (15), en la investigación “Antecedentes Obstétricos y Hemorragia Postparto en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica”, tuvieron el objetivo de determinar los antecedentes obstétricos asociados a hemorragia postparto en puérperas inmediatas, fue un estudio sustantivo, correlacional, deductivo, diseño factorial simple, retrospectiva, de casos y controles. Tuvieron una población de 363 puérperas inmediatas post parto vaginal y cesárea. Resultados: en el 2009 al 2013 se registró el 6.0% de hemorragia postparto inmediato. Resultados: entre los antecedentes obstétricos asociados a hemorragia postparto se reportaron: 80.0% fueron nulíparas y multíparas, 14.0% antecedente de aborto, 14.0% con antecedente de cesárea; 29.0% periodo

intergenésico corto. Conclusión: refiere que existe asociación significativa entre la multiparidad y hemorragia postparto, incrementándose hasta 4 veces el riesgo de padecer esta patología obstétrica.

**Correa** (16), en su estudio “Gran multiparidad y macrosomía fetal como factores de riesgo para hemorragia posparto” en el Hospital Distrital Santa Isabel de El Porvenir en los años 2007 al 2013. Fue un estudio de tipo Observacional, analítico, de caso y controles. Tuvo el objetivo de evaluar la gran multiparidad y la macrosomía fetal como factores de riesgo para el desarrollo de la hemorragia posparto. Resultados: El 16.9% de las mujeres que tuvieron hemorragia postparto fueron multíparas. La gran multiparidad es factor de riesgo de hemorragia postparto, con un OR= 1.97 con un IC al 95% 1.02 y 3.82 ( $p=0.04$ ). La macrosomía fetal fue factor de riesgo de la hemorragia post parto, hallándose un OR= 3.01 con un IC al 95% que fluctúa entre 1.42 y 6.77 ( $p=0.001$ ). Conclusiones: La frecuencia de gran multiparidad en mujeres con hemorragia postparto fue 16.9% y en las mujeres sin hemorragia postparto fue 9.3%. La frecuencia de macrosomía fetal en mujeres con hemorragia postparto fue 12.4% y en las mujeres sin hemorragia postparto fue 4.7%. La gran multiparidad y macrosomía fetal fueron factores de riesgo de hemorragia postparto.

**Altamirano** (17), realizó el estudio “Hemorragia Postparto Inmediato factores de alto riesgo”, fue un estudio analítico, retrospectivo, de corte transversal, de casos y controles. Tuvo el objetivo de determinar los factores de alto riesgo asociadas a hemorragia postparto inmediato en el Hospital María Auxiliadora en el 2009. Llegando a la conclusión de que los factores intraparto identificados fueron la episiotomía y el parto precipitado. Las principales causas de hemorragia postparto la constituyen desgarro del canal del parto, atonía uterina, retención de

restos placentario. La frecuencia de Hemorragia Postparto en el Hospital María Auxiliadora fue de (1.52%).

## **2.2. BASES TEÓRICAS SOBRE EL TEMA DE INVESTIGACION**

La Hemorragia Postparto se define como el sangrado después del parto que excede los 500 ml, siendo la hemorragia severa cuando excede los 1000 ml. Asimismo, se considera hemorragia post parto a cualquier pérdida de sangre vaginal que provoca un cambio fisiológico o compromiso hemodinámico, tales como: sensación de mareo, taquicardia, síncope, fatiga y oliguria, que ponen en riesgo la vida de la mujer. Sin embargo, en la práctica, es difícil calcular con precisión la cantidad de sangre perdida. Es así que, la estimación visual de la pérdida sanguínea es imprecisa (18).

### **Clasificación**

La hemorragia posparto se puede dividir en 2 tipos:

- **Hemorragia post parto temprano**, ocurre dentro de las 24 horas después del parto, siendo con mayor frecuencia durante las primeras 2 horas. Es la hemorragia más frecuente (19).
- **Hemorragia post parto tardía**, ocurre después de las 24 horas hasta la sexta semanas después del parto. La frecuencia oscila entre 5 a 15 % (19).

### **Factores de riesgo**

- Gestación múltiple
- Polihidramnios
- Multiparidad, debido a que las fibras musculares se estiran hasta un punto en que no son capaces de retraerse con la rapidez y contraerse

con la suficiente firmeza para ocluir los vasos abiertos en forma rápida después del parto

- Trabajo de parto prolongado (inercia uterina): Por contracciones ineficaces de la tercera etapa del trabajo de parto.
  - Anestesia general
  - Placenta previa
  - DPP
  - Óbito fetal.
  - Síndrome hipertensivo gestacional (Preeclampsia, eclampsia).
  - Parto prolongado o precipitado.
  - Trastornos de la coagulación.
  - Inversión uterina.
  - Adolescentes y mayores de 35 años.
- Lesiones: Puede haber una hemorragia importante a partir de laceraciones vaginales, rotura uterina, desgarros de cuello, o incluso de episiotomía (20).

### **Causas:**

Las causas de hemorragia postparto son atonía uterina, traumas/laceraciones, retención de restos placentarios, y alteraciones de la coagulación. Cabe necesario recordar la nemotecnia de las "4T": tono (Atonía), trauma (laceraciones en el canal de parto), tejido (Restos placentarios) y trombina (Alteraciones de la coagulación) (21)

### **Cuadro clínico**

#### **Signos y síntomas:**

- Hemorragia mayor a 500 ml.
- Sangre roja rutilante y brillante.
- Palidez generalizada.
- Hipotensión arterial.
- Frecuencia del pulso acelerada (mayor de 100 Lat. /min.).

- Sudoración.
- Piel húmeda, mareos, náuseas y lipotimia.
- Shock (21).

### **Atonía Uterina**

Es la responsable del 50.0% de las hemorragias del alumbramiento y del 40% de las muertes maternas. La atonía uterina se refiere al útero que luego de haber expulsado la placenta no se retrae ni se contrae, alterando de esta forma la hemostasia. Es la causa más frecuente de hemorragia postparto.

### **Fisiopatogenia**

El miometrio es el componente muscular del útero y está compuesto por fibras musculares oblicuas que rodean a los vasos sanguíneos. Durante el alumbramiento, estas fibras musculares se contraen y se retraen; el miometrio progresivamente se engrosa y el volumen intrauterino disminuye. La placenta no tiene la propiedad de contraerse y comienza a separarse a medida que la superficie del útero disminuye. Conforme se va separando la placenta, el útero se hace firme y globuloso llegando al abdomen y a veces atraviesa la línea media abdominal. Al final de un embarazo a término, 500 a 800 ml de sangre fluyen a través del torrente sanguíneo al sitio placentario cada minuto. A medida que la placenta se separa del útero estos vasos se rompen y ocurre el sangrado. Las contracciones continuas y coordinadas del miometrio comprimen los vasos locales para controlar el sangrado en el lecho placentario y permiten la formación de un coágulo retroplacentario. Cuando el útero falla en contraerse coordinadamente se dice que existe atonía uterina, los vasos sanguíneos en el se produce la hemorragia (22).

## **Tratamiento**

### **Uso de oxitocina:**

La oxitocina es una hormona peptídica que favorece la contracción uterina, sufre destrucción enzimática en el tracto gastrointestinal, pero ésta es rápidamente absorbida a través de las membranas mucosas, luego de ser administrada oral. Es metabolizada por el hígado y riñones, con una vida media plasmática de sólo unos pocos minutos (de 2 a 10 min.). Solamente pequeñas cantidades son excretadas en la orina (23).

Se puede utilizar por vía intramuscular (IM) o intravenosa (IV), en bolo o en perfusión continua, para inducir labor o aumentar las contracciones.

### **Uso de ergonovina:**

Es un derivado ergótico, y es una amina derivada del ácido lisérgico, el cual principalmente excita la musculatura lisa y vasos. A las dosis usadas para un efecto en el útero (0.2 a 0.5 mg), las acciones vasoconstrictoras son bajas. A concentraciones bajas todos los derivados ergóticos causan incremento de la frecuencia y ritmo de las contracciones uterinas; a concentraciones altas tienen como efecto una contracción continua de la musculatura uterina.

La ergometrina es rápidamente absorbida después de la administración oral o parenteral (im), aumenta las contracciones uterinas en aproximadamente 5 a 15min. después de una dosis oral, y 2 a 3 min. después de una dosis im. La eliminación parece ser principalmente por metabolismo hepático.

La ergometrina posee una acción más poderosa en el útero que la mayoría de los alcaloides ergóticos, especialmente en el útero puerperal.

El maleato de ergometrina puede ser usado en la prevención y tratamiento de Hemorragia post parto causada por atonía uterina al provocar una contracción y tono uterino sostenido; comprime los vasos

sanguíneos en la pared uterina y disminuye el flujo sanguíneo (23).

#### **USO DE PROSTAGLANDINAS:**

Las prostaglandinas tienen potentes propiedades útero tónicas y son usadas ampliamente en la práctica obstétrica. Las preparaciones de prostaglandinas se comercializan como inyectables, tabletas o gel; de acuerdo a su intento de uso. Estos agentes no causan hipertensión lo cual los hace aplicables en pacientes hipertensos. En el manejo de la tercera etapa de labor, las prostaglandinas han sido usadas para la HPP intratables, cuando las otras medidas fallan. Hasta la fecha, las principales desventajas las prostaglandinas han sido su costo (23).

### **2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

**Características:** Cualidad que da carácter o sirve para distinguir una persona o cosa de sus semejantes.

**Hemorragia post parto:** Sangrado que se produce después del parto.

**Atonía uterina:** es la incapacidad del músculo del miometrio de contraerse y permanecer así para que los vasos abiertos del sitio placentario sanen.

**Causa:** Motivo, fundamento u origen.

### **2.4. HIPÓTESIS**

La presente investigación no requiere de hipótesis

### **2.5. VARIABLE**

Atonía uterina

### **2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE**

### Operacionalización de variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEM	TIPO DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICIÓN
Atonía uterina	Se refiere a la pérdida del tono de la musculatura del útero que conlleva a la ausencia de contracción del mismo y un consecuente retraso en su involución tras el parto.	Es la hemorragia presentada dentro de las primeras 6 horas después del parto.	Frecuencia	Número de partos		cuantitativo	discreta
				Número de atonías por año		cuantitativo	discreta
			Características socio demográficos	Grupo etario	Edad de la gestante	cuantitativo	discreta
				Nivel de instrucción	Grado de instrucción de la gestantes	categórico	Ordinal
				Lugar de procedencia	lugar de procedencia de la púerperas	categórico	Nominal
				Estado civil/civil	Estado civil de la gestante	categórico	Nominal
				Ocupación	A que se dedicó la púerperas durante su embarazo	categórico	Nominal
			Característica obstétricas	Periodo intergenésico	Cuantos meses transcurrió del último embarazo al actual.	numérico	discreto
				Número de embarazos	Cuantos embarazos registra	numérico	discreto
				Número de abortos	Cuantos abortos tuvo antes de la atonía	numérico	discreto
				Paridad	Cuantos partos registra, incluido el actual	numérico	discreto
				Número de atenciones prenatales (APN)	Cuantas APN recibió la gestante	numérico	discreto
				Complicaciones del embarazo	Que complicaciones del embarazo registra	categórico	Nominal
				Vía de término del embarazo	Por qué vía terminó el embarazo	categórico	Nominal
				Tratamiento empleado en las atonías uterinas	Tratamiento clínico		categórico
Tratamiento quirúrgico		categórico	Nominal				
Cuidados intermedios brindados		categórico	Nominal				
Tiempo de estancia hospitalaria		categórico	Nominal				
Diagnóstico de alta		categórico	Nominal				

## CAPITULO III

### METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1. ÁMBITO TEMPORAL Y ESPACIAL

El Hospital San Juan de Kimbiri – VRAEM, en la parte asistencial perteneciente a la Micro Red Kimbiri de la Unidad Ejecutora 406: Red de Servicios de Salud Kimbiri - Pichari, que se encuentra en el ámbito del distrito de Kimbiri perteneciente al ámbito del VRAEM, que prestan atención Integral especializada de salud a la población.

El Hospital tiene a su responsabilidad 6745 Habitantes, (Fuente INS) es el único Hospital de segundo nivel. Unos años antes tuvo dificultades para la asistencia sanitaria en situaciones de emergencia y atenciones de mayor complejidad. Superando en parte estas dificultades a partir del 31 de octubre del 2014, quien alcanza la categoría de II-E, mediante 42 R.D. N°1600-2014DRSC/DGDPH, teniendo más capacidad resolutive y más en el campo obstétrico. Sin embargo, hasta la fecha se depende la Unidad Ejecutora 406 Red de Servicios de Salud Kimbiri Pichari.

Se ubican en la Provincia la Convención y abarca los distritos de Kimbiri, Pichari, Villa Kintiarina y Villa Virgen en la margen derecha del río Apurímac y río Ene, Se encuentra a una altitud de 500 msnm. Existen claramente tres espacios territoriales (Cusco – Ayacucho - Junín). El único acceso por la ciudad de Ayacucho.

### **3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

La investigación es de tipo observacional, porque se recogió los datos tal como se presenta, es retrospectivo por que la información proviene de fuentes secundarias, historias clínicas de las puérperas que presentaron atonía e hipotonía (24).

### **3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

El nivel es descriptivo, porque nos limitamos a observar las características sociodemográficas, obstétricas y otras complicaciones que presentó durante el embarazo y por último los tratamientos que se empleó en las puérperas que padecieron atonía e hipotonía (24).

### **3.4. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO**

#### **Población:**

La población estuvo conformada por todas las puérperas que padecieron atonía e hipotonía de enero del 2017 a junio del 2020, que se atendieron en el hospital San Juan de Kimbiri, siendo un total de 29 puérperas

#### **Muestra de estudio o tamaño muestra:**

La muestra fue censal, se tomó a las 29 puérperas con atonía e hipotonía.

### **3.5. INSTRUMENTO Y TÉCNICA PARA RECOLECCIÓN DE DATOS**

Como instrumento se usó la ficha de revisión documentaria y como técnica el análisis documentario.

Se pidió permiso al establecimiento de salud, se coordinó con el área de estadística para la revisión de las historias clínicas.

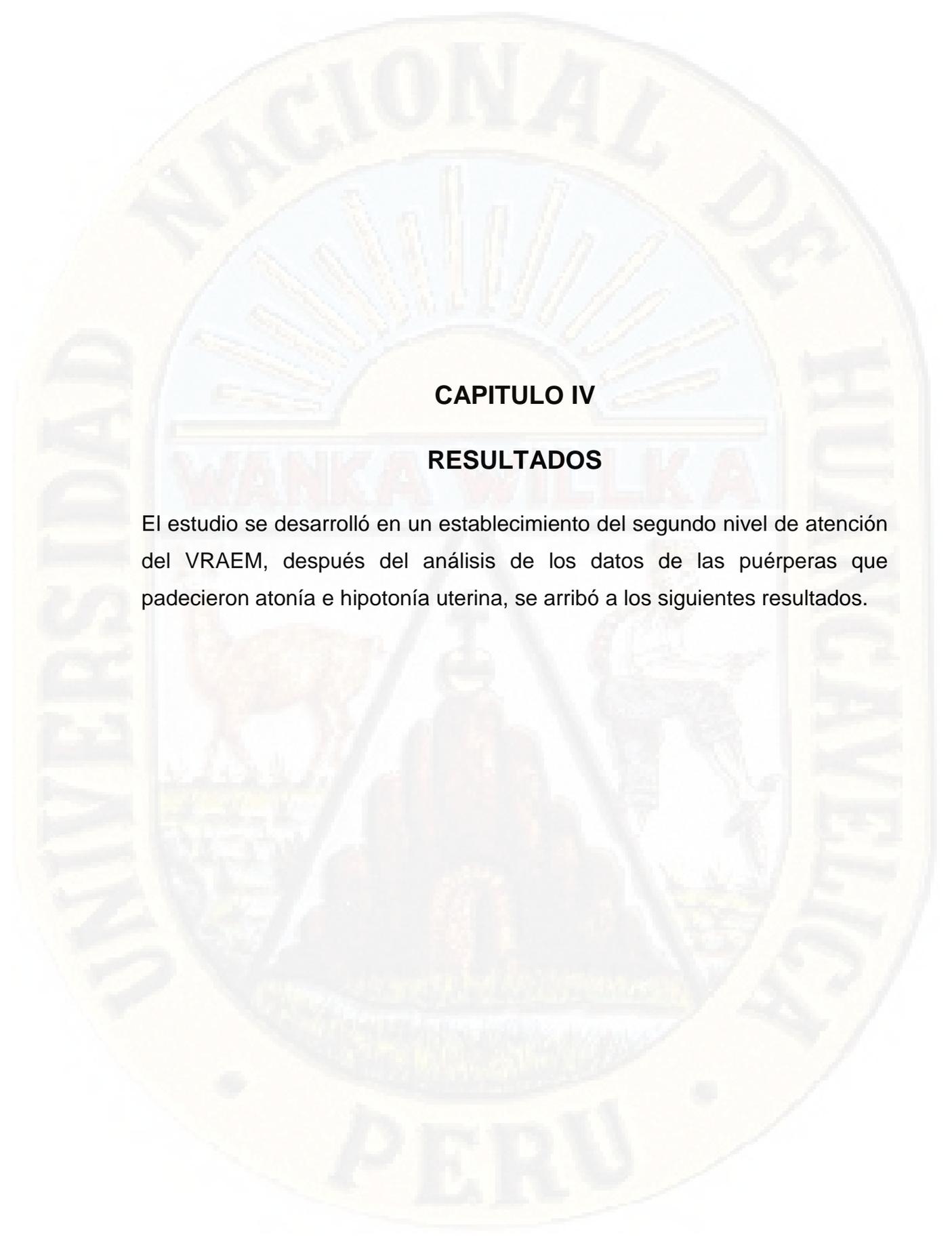
Cada ficha pasó por un control de calidad, antes de ingresar la información a una base de datos.

### **3.6. TÉCNICAS Y PROCESAMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS**

Los datos recabados, se ordenaron en una base de datos, haciendo uso de una hoja de cálculo Microsoft Excel.

Para el análisis estadístico se usó la hoja de cálculo de Microsoft Excel 2010.

Los resultados se organizaron haciendo uso de la estadística descriptiva, presentando los datos en tablas de una con distribuciones de frecuencia absoluta y porcentual.



## **CAPITULO IV**

### **RESULTADOS**

El estudio se desarrolló en un establecimiento del segundo nivel de atención del VRAEM, después del análisis de los datos de las puérperas que padecieron atonía e hipotonía uterina, se arribó a los siguientes resultados.

**Tabla 01:** Características sociodemográficas de las puérperas que padecieron atonía e hipotonía uterina en el “Hospital San Juan de Kimbiri, 2017 al 2019

Características Sociodemográficas	Total de Gestantes	
	N=29	%
<b>Grupo etario</b>		
10 - 19 años	3	10.34
20 - 30 años	12	41.38
> a 30 años	14	48.28
<b>Grado de Instrucción</b>		
Sin estudios	2	6.90
Primaria	9	31.03
Secundaria	16	55.17
Superior técnico	2	6.90
<b>Lugar de Procedencia</b>		
Rural	16	55.17
Urbano	13	44.83
<b>Estado civil</b>		
Soltera	2	6.90
Casada/conviviente	27	93.10
<b>Ocupación</b>		
Ama de casa	29	100

**Fuente:** Ficha de recolección de datos de la investigación “características y tratamiento de la atonía uterina en el Hospital San Juan de Kimbiri, enero 2017 junio 2020.

En la tabla 01 de la investigación que corresponde a características sociodemográficas se observó que el grupo etario predominante es el mayor a 30 años representado por 14 puérperas (48.28%), el grado de instrucción más frecuente alcanzado por las puérperas, fue secundaria en el 55.17% de ellas. Referente al lugar de procedencia predominó el rural con 55.17%; el 93.10% de las puérperas tuvieron la condición civil de casada o conviviente el 100% de ellas fueron amas de casa.

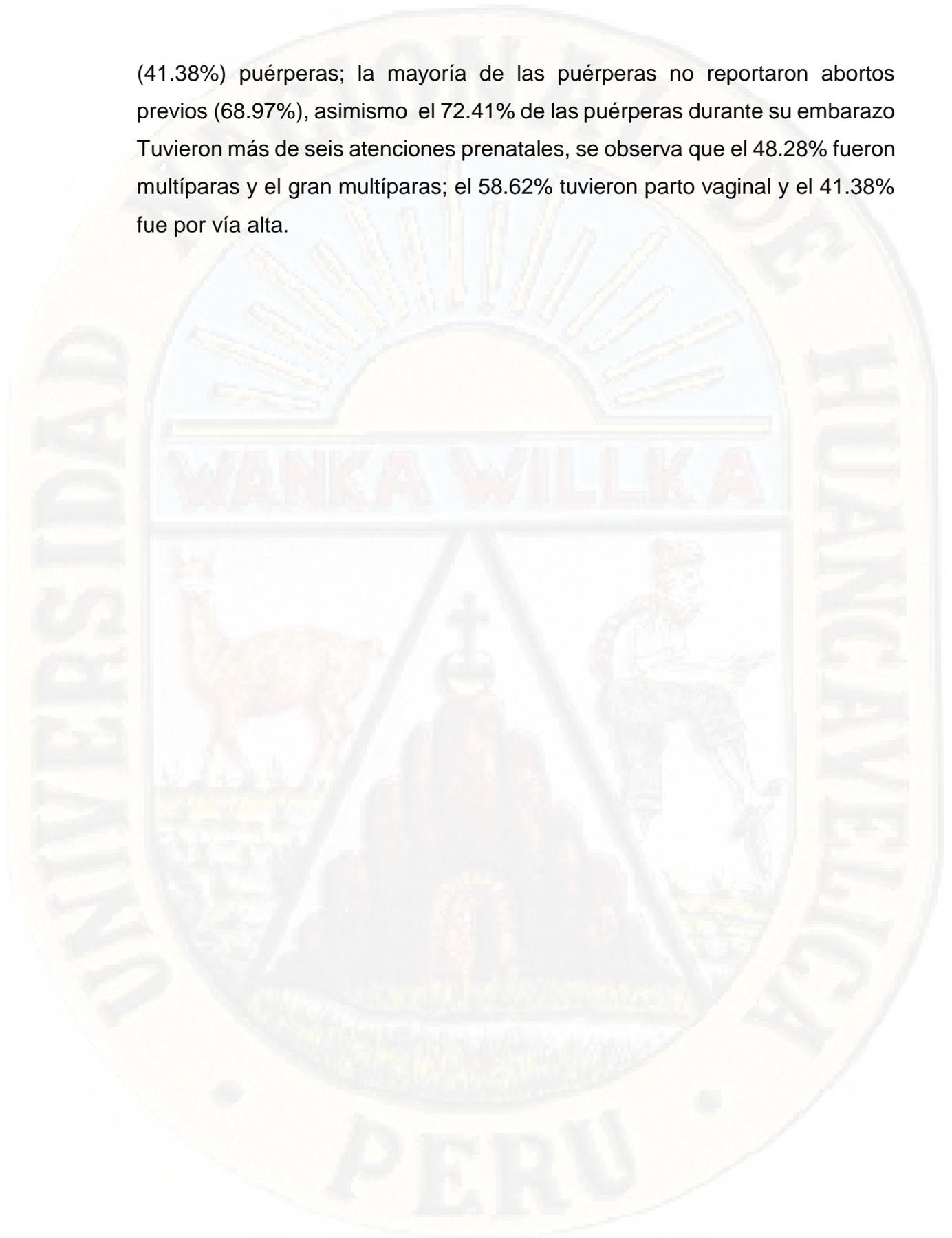
**Tabla 02:** Características obstétricas de las puérperas que padecieron atonía e hipotonía uterina en el “Hospital San Juan de Kimbiri, 2017 al 2019

Antecedentes Obstétricos	Total de Gestantes	
	N=29	%
<b>Periodo Intergenésico</b>		
No aplica	6	20.69
Corto	3	10.34
Adecuado	7	24.14
Prolongado	13	44.83
<b>Número de embarazos</b>		
Primigesta	6	20.69
Multigesta	11	37.93
Gran multigesta	12	41.38
<b>Antecedente de abortos</b>		
Ninguno	20	68.97
1	7	24.14
2	2	6.90
<b>Controles prenatales</b>		
Menos de 6	5	17.24
6	3	10.34
Más de 6	21	72.41
<b>Número de partos</b>		
Primípara	6	20.69
Multípara	14	48.28
Gran multípara	9	31.03
<b>Vía que terminó el embarazo</b>		
Vaginal	17	58.62
Cesárea	12	41.38

**Fuente:** Ficha de recolección de datos de la investigación “características y tratamiento de la atonía uterina en el Hospital San Juan de Kimbiri, enero 2017 junio 2020.

En la tabla 02 de la investigación correspondiente a antecedentes obstétricos, el periodo intergenésico prolongado es el más frecuente, corresponde a 13 (44.83%) puérperas; predominan las gran multigestas representado por 12

(41.38%) puérperas; la mayoría de las puérperas no reportaron abortos previos (68.97%), asimismo el 72.41% de las puérperas durante su embarazo Tuvieron más de seis atenciones prenatales, se observa que el 48.28% fueron multíparas y el gran multíparas; el 58.62% tuvieron parto vaginal y el 41.38% fue por vía alta.



**Tabla 03:** complicaciones durante el embarazo y parto que tuvieron las pacientes que presentaron atonía e hipotonía en el “Hospital San Juan de Kimbiri, 2017 al 2019

Complicaciones	Total de Gestantes	
	N=29	%
<b>Complicaciones en el embarazo</b>		
Ninguna	9	31.03
Macrosomía fetal	6	20.69
Ruptura prematura de membranas	3	10.34
Placenta previa	3	10.34
Pre eclampsia	2	6.90
Embarazo en vías de prolongación	2	6.90
Embarazo gemelar	1	3.45
Otros no relacionados	3	10.34
<b>Complicaciones en el parto</b>		
Ninguna	9	31.03
Parto precipitado	5	17.24
Expulsivo prolongado	5	17.24
Trabajo de parto prolongado	4	13.79
Parto inducido	2	6.90
Presentación pelviana	1	3.45
Otros no relacionados	3	10.34

**Fuente:** Ficha de recolección de datos de la investigación “características y tratamiento de la atonía uterina en el Hospital San Juan de Kimbiri, enero 2017 junio 2020.

En la tabla 03, se evidencia que 09 (31.03%) no manifestaron complicaciones en el embarazo y la complicación más frecuente fue la macrosomía fetal presentándose en el 20.69% de los partos, seguido del 10.34% que presentó ruptura prematura de membranas y 10.34% placenta previa, se observa un 10.34% de complicaciones no relacionadas (traumatismos, apendicitis, micosis). Respecto a las complicaciones en el parto el 17.24% de los partos se dio de manera precipitada, y en igual proporción se tuvo el expulsivo prolongado y en un 13.79% trabajo de parto prolongado, se tuvo un 10.34% de complicaciones relacionados con la salud del feto no relacionados con la atonía uterina.

**Tabla 04:** tratamiento empleados en las pacientes que presentaron hipotonía o atonía uterina en el Hospital San Juan de Kimbiri, 2017 al 2019

Tratamientos	Total de Gestantes	
	N=29	%
<b>Tratamiento clínico</b>		
Masaje uterino	25	86.22
Extracción de coágulos	6	20.69
Compresión bimanual externa	6	20.69
Trasfusión sanguínea	2	6.90
<b>Tratamiento quirúrgico</b>		
No se empleó	19	65.52
Ligadura de vasos uterinos	7	24.14
Histerectomía	3	10.34
Puntos B Lynch	1	3.45
<b>Medicamentos</b>		
Oxitocina	24	82.76
Ergometrina	21	72.41
Antibiótico	6	20.69
Sulfato ferroso	5	17.24
Hierro sacarato	2	6.90
Sol. coloidal al 3,5%	2	6.90
Dextrosa	1	3.45
Hipersodio	1	3.45
Metamizol	1	3.45
Misoprostol	1	3.45

**Fuente:** Ficha de recolección de datos de la investigación "características y tratamiento de la atonía uterina en el Hospital San Juan de Kimbiri, enero 2017 junio 2020.

En la tabla 04 de la investigación se observó que el masaje uterino fue el predominante de los tratamientos clínicos habiéndose realizado en 25 (86.22%) puérperas; en el 20.69% de las puérperas se realizó la extracción de coágulos y compresión bimanual externa, el 6.90% de los casos ameritó transfusión sanguínea, al 24.14% se les realizó ligadura de los vasos uterinos y el 10.34% terminó en histerectomía, solo en un 3.45% se realizó los puntos de B Lynch; el medicamento más usado fue la oxitocina, administrada en 24

(82.76%) puérperas con atonía, seguida de la ergometrina en el 72.41% de los casos, en el 20.69% ameritó el uso de antibióticos; al 17.24% se le indicó sulfato ferroso y al 6.90% hierro sacarato, y poligelina a otro igual. Es importante aclarar que varias puérperas fueron sometidas simultáneamente a tratamientos clínicos y quirúrgicos, así como a la administración de varios medicamentos.

**Tabla 05:** tiempo de estadía y condición de egreso de las pacientes que presentaron atonía o hipotonía uterina en el Hospital San Juan de Kimbiri, 2017 al 2019

Estadía y egreso	Total de Gestantes	
	N=29	%
<b>Tiempo de estadía</b>		
Menor a un día	1	3.45
1 día	6	20.69
2 días	14	48.28
3 días	5	17.24
4 días	3	10.34
<b>Condición de egreso</b>		
Curado	27	93.10
Referida a EESS con mayor capacidad resolutiva	2	6.90

**Fuente:** Ficha de recolección de datos de la investigación “características y tratamiento de la atonía uterina en el Hospital San Juan de Kimbiri, enero 2017 junio 2020”.

En la tabla 05 de la investigación, se observó que 14 (48.28%) puérperas con atonía uterina permanecieron en el establecimiento de salud 2 días, siendo el tiempo de estadía más frecuente; la mayoría de ellas, 27 (93.10%), tuvieron la condición de egreso curado y 02 (6.9%) fueron referidas a un establecimiento de salud con mayor capacidad resolutiva.

## DISCUSIÓN

La hemorragia posparto sigue siendo la principal causa de muerte materna a nivel mundial y así se manifiesta a nivel del Perú, en obstetricia sigue siendo uno de los principales problemas de salud pública. Esta entidad se define como la pérdida de volumen sanguíneo mayor a 500 mL. para parto vaginal y mayor a 1000 mL. en parto por cesárea. La principal causa son las anomalías del tono uterino (25).

La atonía uterina, es una de las complicaciones más temidas, se le atribuye que es la causa del 80% de las hemorragias posparto (HPP). Aún sigue siendo bastante complejo su manejo (2).

Dentro de las puérperas que presentaron atonía del Hospital de San Juan de Kimbiri, se encontró las siguientes características sociodemográficas, el 89.66% tienen más de 20 años, y solo un 10.34% entre 10 a 19 años, mientras **Palomo** (9) en Paraguay, encuentra una proporción mayor (35.82%) de adolescentes, la mayoría tiene estudios de nivel básico 31.03% primaria y el 55.17% secundaria, el 55.17% proceden de la zona rural, la mayoría es casada o conviviente en un 93.10%, todas las mujeres se dedican a su casa; las características encontradas nos dan cuenta que corresponde a una población en condición de pobreza como manifiesta Cabrera (2), que la mayor proporción de hemorragias se da en países en vías de desarrollo en comparación a los países ricos. Las características sociodemográficas encontradas en el estudio ya mencionado que las complicaciones hemorrágicas en el proceso reproductivo van de la mano con los problemas de desarrollo económico y cultural de la población.

Dentro de las características obstétricas de las puérperas que padecieron de atonía o hipotonía uterina se encontró , periodo intergenésico prolongado en un 44.83%, por otro lado **Díaz et al** (15)

encuentra al periodo intergenésico corto en el 29.0% de las pacientes con hemorragia; el 37.93% fueron multigestas y el 41,38% fueron granmultigestas, similar situación se da en cuanto a la paridad observándose mayor proporción en las multíparas (48.28%) y gran multíparas (31.03%), mientras **Palomo** (9) encontró 40.3% de multíparas entre las que padecieron atonía uterina.

Estas cifras nos indican, que se debe vigilar estrictamente a las multípara en el posparto y realizar estudios a profundidad en este grupo. En cuanto a la cobertura de los controles prenatales el 72.41% tuvieron más de seis controles, sin embargo **Orosco** (14) encuentra que el 42% tuvieron de 1 a 3 atenciones prenatales; el 58.62% tuvieron parto vaginal y el 41.38% fue por cesárea, similar situación encuentra palomo (9).

El 68% de las puérperas con atonía o hipotonía uterina, presentaron complicaciones como: fetos macrosómico 20,69%, ruptura prematura de membranas, placenta previa, preeclampsia, embarazo en vías de prolongación y las complicaciones en el parto se observó parto precipitado, expulsivo prolongado y trabajo de parto prolongado; por otro lado **Chica** (11), reporta como factores de riesgo identificados en mujeres que padecieron hemorragia posparto a la anemia en un 40%, parto inmaduro en 27%, en el 20% trastornos hipertensivos y en un 13% trabajo de parto conducido, se puede apreciar que se presenta en forma similar.

Los tratamientos empleados son diversos, estos van a depender del grado de afección que haya tenido el tono uterino; puede ser desde procedimientos mecánicos, como la compresión bimanual del útero y la compresión de la aorta que a pesar de los años siguen salvando vidas, hasta procedimientos sofisticados como el traje antishock. Sin embargo, la realidad de los establecimientos de salud del Perú hace

que contemos solo con lo básico y muchas veces para salvar vidas usamos procedimientos adaptados como el embalonamiento del útero con un balón preparado con equipo de venoclisis y un condón. Los aspectos señalados limitan el tratamiento adecuado.

Sin embargo, los profesionales de la salud, médicos y obstetras hacen deliberados esfuerzos para salvar vidas. En el Hospital de San Juan de Kimbiri, en el 86.22% de los casos se aplicó el masaje uterino, mientras **Castellano et al** (12) encuentra la aplicación de este procedimiento en el 46.0% de las atonías. En el 20.69% se realizó extracción de coágulos y compresión bimanual externa, el 6.90% de los casos ameritó transfusión sanguínea; las intervenciones quirúrgicas más usadas fueron ligadura de vasos uterinos que se realizó al 24.14% y el 10.34% terminó con histerectomía. En medicamentos la oxitocina fue más usada en el 82.76% de los pacientes, seguida de la ergometrina en el 72.41% y Sol. coloidal al 3,5% se empleó en el 6.90% de los casos. El tratamiento empleado difiere al de **Palomo** (9), quien indica como el medicamento más usado al misoprostol 800 mcg, por vía recta vía rectal, y en el 52.2% la oxitocina, **Castellano et al** (12), encuentra similar a palomo en cuanto al uso de oxitocina (52.0%).

El tiempo de estadía de un parto en promedio es de 24 horas, sin embargo, el 74.86% de las puérperas se quedaron dos a cuatro días. El 6.90% fue referido a establecimientos de salud de mayor capacidad resolutive, ligeramente superior al encontrado por **Castellano et al** (12), quien reporta que al 2% de las pacientes lo transfirieron. Esto se debe a la capacidad resolutive del Hospital San Juan de Kimbiri. Como se puede observar el tratamiento fue acorde a la norma técnica, además refleja la dotación de recursos Humanos, infraestructura, económicos, materiales e insumos. Los establecimientos de zonas vulnerables deben de estar equipados para responder frente a complicaciones de esta naturaleza, considerando la distancia y la vulnerabilidad de la zona.

## CONCLUSIÓN

1. Las puérperas que padecieron de atonía o hipotonía presentan las siguientes características sociodemográficas, el 89.66% tienen más de 20 años, y el 55.17% proceden de zona rural, el 93.10% mantienen una relación estable, el 100% se dedican a su casa.
2. Dentro de las características obstétricas se encontró periodo intergenésico prolongado en el 44.83%, el 37.93% multigestas, 41.31% granmultigestas, el 31.04% tuvo como antecedente uno a dos abortos, el 72.41% tuvo más de seis controles prenatales, el 48.28% son multíparas, el 31.03% fueron granmultíparas, el parto fue por vía vaginal en el 58.62% y por cesárea en el 41.38%.
3. El 68.97% de las puérperas con atonía o hipotonía uterina, presentaron complicaciones durante el embarazo y el parto, como: fetos macrosómico 20.69%, ruptura prematura de membranas, placenta previa, preeclampsia, embarazo en vías de prolongación, y dentro del parto se tuvo parto precipitado en un 17.24%, expulsivo prolongado 17.24% y trabajo de parto prolongado 13.79%.
4. Los tratamientos empleados con mayor frecuencia fueron; masaje uterino en un 86.22%, extracción de coágulos 20.62%, compresión bimanual externa 20.69% y los tratamientos quirúrgicos empleados fueron ligadura de vasos uterinos en el 24.14%, histerectomía 10.34% y dentro de los medicamentos más usados se encuentra la oxitocina en un 82.76%, ergometrina en el 72.41%, el 20.69% requirió antibiótico, el 17.24% sulfato ferroso, y un 6.90% requirió hierro sacarato, y transfusión de paquete globular el 6.90%.

## **RECOMENDACIONES**

### **AL HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI:**

Trabajar en la parte preventiva, mejorando la educación materna, en temas de autocuidado y alimentación.

### **AL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI**

Mejorar el registro de información, para evaluar mejor las ocurrencias.

Continuar haciendo esfuerzos para salvar vidas y evitar las muertes maternas.

### **A LA DIRESA CUSCO**

Equipar los establecimientos de salud de la zona VRAEM, por su distancia y vulnerabilidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Solari A, Solari C, Wash A, Guerrero M, Enriquez O. Hemorragia del post parto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. REV.MED.CLIN.CONDES. 2014; 25(6): p. 993-1003.
2. Cabrera S. Hemorragia posparto. Rev Per Ginecol Obst. 2010; 56(1).
3. Organización Mundial de la Salud. Manejo de la complicación en el embarazo y el parto. Tercera ed. EE.UU: Geneva; 2000.
4. Ybaseta J, Ríos K, Ajalcuña H, Ybaseta M, Garamende J, Medina D, et al. Manejo de la atonía uterina en un hospital provisional post terremoto. Rev méd.panacea. 2012; 2(1): p. 24-6.
5. Karlsson H, Pérez C. Hemorragia postparto. An. Sist. Sanit. Navar. 2009; 32(1): p. 159-67.
6. Ministerio de Salud. La mortalidad materna en el Perú 2002-2011. Informe Ejecutivo. Lima: MINSA, Dirección General de Epidemiología. 978-9972-820-94-6.
7. Ajayi RA, Soothill PW, Campbell S. Obstetricia y Ginecología. Cuarta ed. EE.UU; 2012.
8. Ministerio de Salud, Hospital María Auxiliadora. Unidad de cómputo y apoyo a la Investigación médica..
9. Palomo J. Incidencia de la hemorragia postparto por atonía uterina. Tesis para obtener el grado de maestro en ciencias en ginecología y obstetricia de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
10. Vélez G, Agudelo B, Gómez J, Zuleta J. Validación del Código Rojo: una propuesta para el tratamiento de la hemorragia obstétrica. Rev Panam Salud Pública. 2013; 34(4): p. 244-9.

11. Chica K. Frecuencia de la hemorragia postparto y post cesárea en pacientes del hospital "Dr Rafael Rodríguez Zambrano" de la ciudad de Manta durante el periodo de septiembre del 2012 a febrero del 2013. Tesis presentada para optar el título de obstetra de la Universidad de Guayaquil.
12. Castellano G, Quilumba M. Prevalencia de hemorragia posparto en pacientes de 14 a 45 años atendidas en el área de Gineco-Obstetricia del hospital básico de Machachi, en el período de 01 de enero al 31 de diciembre del 2011. Trabajo de Investigación previo a la obtención del título de Obstetrix de la Universidad Central del Ecuador.
13. Alcívar L, Figueroa C. Causas y Factores de riesgo que aumentan la incidencia de hemorragia postparto en el área gineco obstétrica del hospital Verdi Cevallos Balda en el periodo octubre 2010 a marzo 2011. Tesis de grado previa a la obtención del título de médico cirujano de la Universidad Técnica de Manabí.
14. Orozco J. Factores de riesgo de hemorragia postparto en pacientes con puerperio inmediato. Servicio de Ginecología. Hospital Provincial Puyo.2010. Tesis de grado previo a la obtención del título de médico general.
15. Diaz Aranda DL, Lapa Alvarez L. Antecedentes Obstétricos y Hemorragia Postparto en púerperas inmediatas. Tercera ed. HDH , editor. Huancavelica: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.
16. Correa Martinez GA. Gran multiparidad y macrosomía fetal como factores de riesgo para hemorragia posparto. Segunda ed. HDSI , editor. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2013.
17. Altamirano Girano PA. Hemorragia Postparto Inmediato factores de alto riesgo. Tercera ed. Lima: Hospital Maria Auxiliadora; 2012.

18. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. Sexta ed. Argentina: El Ateneo; 2014.
19. Williams , Cunningham G, Leveno K. Obstetricia. Veinticuatro ed. Buenos Aires: McGraw - Hill Interamericana; 2015.
20. Mathai M, Sanghvi H, Guidotti RJ. Manejo de las complicaciones del embarazo y parto. Tercera ed. JHPIEGO , editor. EE:UU: IMPAC; 2002.
21. Canchila Barrios CA, Laguna H, Paternina A, Arango A. Prevención de la hemorragia post parto. Tercera ed. UC , editor. Colombia: Universidad de Cartagena; 2009.
22. Cruz Osorio TM. Hemorragia post parto: Atonia uterina. Tercera ed. UPI , editor. Ica: Universidad Privada de Ica; 2016.
23. Calle A, Barrera M, Guerrero A. Diagnostico y manejo de las hemorragias post parto. Quinta ed. Ecuador: Universidad de Ecuador; 2015.
24. Supo J. Seminario de Investigación Científica - metodología de la Investigación para las Ciencias de la Salud. 2nd ed. EIRL B, editor. Arequipa: Bioestadístico EIRL; 2014.
25. Rivera FS, FS, Chacón GC, González CA. Hemorragia posparto primaria: diagnóstico y manejo oportuno. Revista Médica Sinergia. 2020; 5(6).
26. MIDIS. Manual de visitas domiciliarias. Primera ed. Domínguez RC, editor. Lima: Publimagen ABC sac; 2014.
27. MINSA. NTS 105-MINSA/DGSP,V.01. Técnico Normativo. Lima: Ministerio de Salud del Perú, Dirección General de Salud de las Personas.<http://www.unfpa.org.pe/Legislacion/PDF/20131224-MINSA-NT-Atencion-Salud-Materna.pdf>.

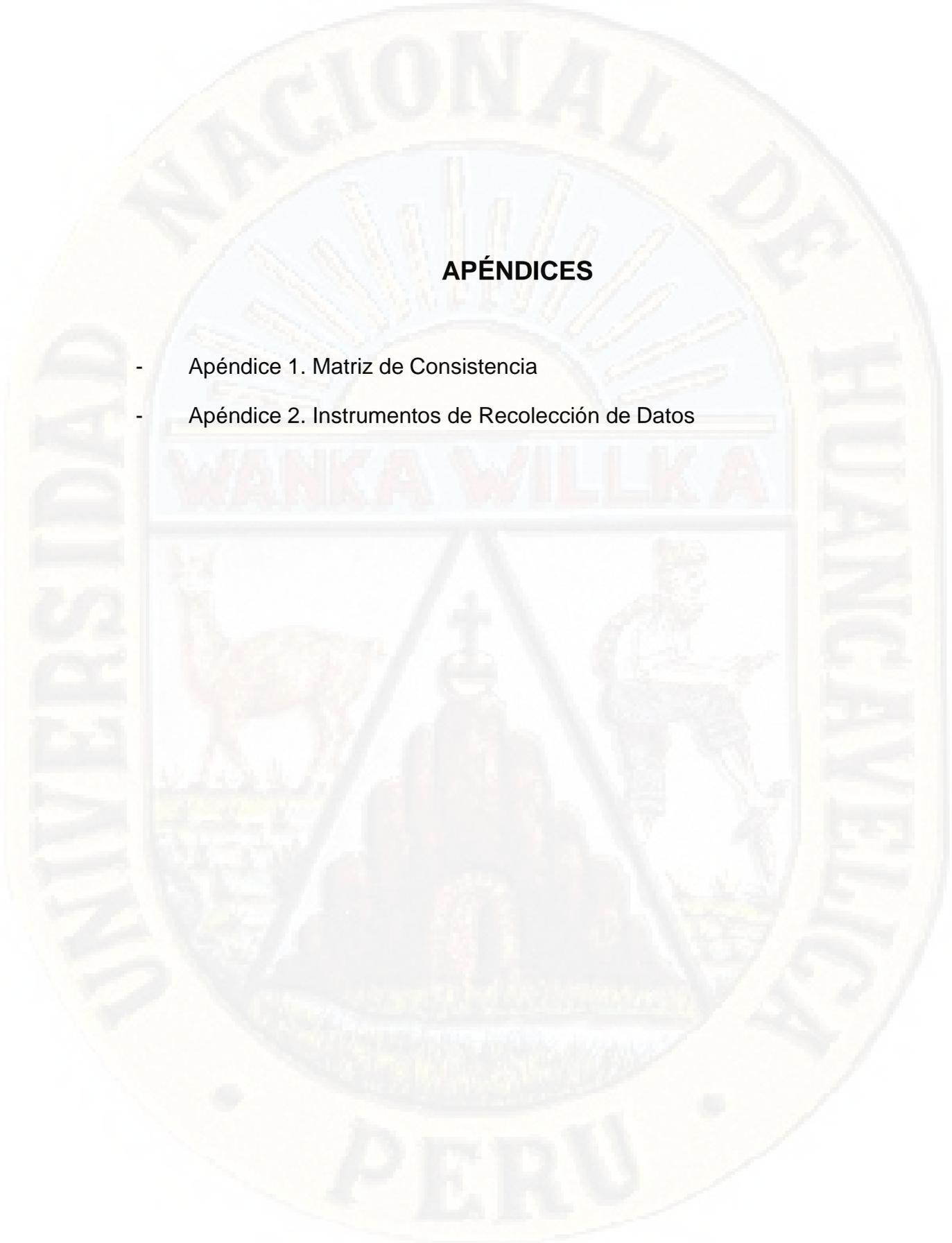
28. Zambrano GE, Gayon GJ, Mojica DC, Cañyzares DF. Programa de atención integral a la adolescentes gestantes. *Ciencia y cuidados*. 2017; V(1).
29. Guía A, Cosvoski AM, Izumi F, Acevedo F. La visita domiciliar como herramienta para el cuidado familiar. *Cogitare Enfermagem*. 2009; VIV(4).
30. Arcos A, Muñoz LA, Sanchez X, Vollrath A, Latorre C, Bonatti C, et al. Vulnerabilidad social en mujeres embarazadas de una comuna de la Región Metropolitana. *Revista médica de Chile*. 2011; CXXXIX(6).
31. Bailón E. Seguimiento del embarazo en atención primaria. *Science Direct*. 2000; XXVI(11).
32. Kotliarenco MA, Gómez E, Muñoz MM, Aracena M. Características, efectividad y desafíos de la visita domiciliaria en programas de intervención temprana. *Salud Pública*. 2010; XXII(2).
33. Iglesias SM. Revisión sistemática sobre la efectividad de la visita domiciliaria frente a otro tipo de partos. *Matronas Profesión*. 2015; XVI(2).
34. Atalah E, Cordero M, Quezada S, Carrasco X, Romo M, Guerra ME. Monitoreo de la implementación del programa Chile Crece Contigo en el embarazo: 2008 - 2011. *Rev. chil. obstet. ginecol*. 2013; LXXVIII(4).
35. Ferdinanda MP, Melo LT, Tamburlini VF. Visitas domiciliarias innovadoras y salud materna e infantil. *Rev. bras. promoç. saúde*. 2018; XXXI(3).
36. Cortes MM, Correa GM. Impacto del cuidado de enfermería en la diada madre hijo: un aporte desde la visita domiciliaria. En: *Resúmenes de Trabajos LibresCartagena*; 2018
37. Ministerio de trabajo y promocion del empleo. Resultado de encuesta de hogares. <http://www.mintra.gob.pe/archivos/files/estadísticas/peel/publicacion>. Lima: Ministerio del trabajo y empleo, Lima.

38. Wayca.pe. <https://wayca.pe/mortalidad-materna-en-peru/>. [Online]; 2017. Acceso 15 de mayo de 2018.
39. OMS. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal. Técnico. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Salud reproductiva.
40. Álvarez CH, Lara A, Torres C, Covarrubias LC, Covarrubias LC, Guillermo E, et al. Modelo de evaluación de programas de salud. Técnico. Colima: Secretaría de Salud y Bienestar Social del Estado de Colima, Secretaría de Salud y Bienestar Social del Estado de Colima. <http://www.saludcolima.gob.mx/images/documentos/ModeloDeEvaluacionDeProgramasDeSalud.pdf>.
41. Puerta A, Correa S, Restrepo B. Investigación evaluativa. manual que se encuentra en la hemeroteca de la Universidad Carlos Lleras Restrepo.
42. DIRESA - HUANCVELICA. Directiva sanitaria de procedimientos para la estandarización de seguimiento, monitoreo y análisis en el ciudadano de la salud materna – perinatal – neonatal en la región Huancavelica. Directiva. Huancavelica: DIRESA - HUANCVELICA, Estrategia Sanitaria Materno - Neonatal.
43. CPI. Perú Población 2017. Técnico. Lima : Compañía Peruana de Estudios de Mercado y Opinión Pública, Estadística CPI.Nº 7.
44. Wikipedia. Wikipedia. [Online]; 2019. Acceso 14 de setiembre de 2019. Disponible en: [https://es.wikipedia.org/wiki/Departamento\\_de\\_Huancavelica](https://es.wikipedia.org/wiki/Departamento_de_Huancavelica).
45. INEI. Encuesta demográfica de salud familiar ENDES 2014. Técnico. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática, Estadística. [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_ digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf).

46. MINSAL. Visita Domiciliaria Integral Orientaciones Técnicas en el Marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Tecnico Normativo. Campos, M.S. & Bedregal,P. ( 2011). Evaluación de la efectividad de programas de visitas domiciliarias para madres adolescentes y sus hijos/as. Revista Médica de Chile, 139., 60.:Ministerio de Salud Chile, División de Atención Primaria - Departamento Modelo Atención Primaria.
47. DIRESA - HUANCVELICA. Población estimada por edades. Técnico. Huancavelica: Dirección Regional de Salud, Estadística.<https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1tcgL9vWxlXlJYBDeIXhlcZtqvGNDH4q>.
48. OMS. OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE. boletín informativo. Ginebra: OMS, Salud y Bienestar.[https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/wp-content/uploads/sites/3/2016/10/3\\_Spanish\\_Why\\_it\\_Matters.pdf](https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/wp-content/uploads/sites/3/2016/10/3_Spanish_Why_it_Matters.pdf).
49. Ávalos M, Cevallos I, Mayorga C, Tixe T. Factores causales relevantes de hemorragia postparto céfalo vaginal en pacientes multíparas atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del "hospital general Dr. Enrique Garces", Quito, período septiembre del 2012 - agosto del 2013. tesis para optar el título de médico general de la Universidad Nacional de Chimborazo.
50. López V. Determinación del sangrado durante el parto y factores asociados a hemorragia, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca.Ecuador. Tesis para obtener el título de especialista en Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Cuenca.
51. Chiriboga Dorado A. Hemorragia post- parto causas y factores de riesgo. Cuarta ed. HES , editor. Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2013.

52. Díaz JM, Ferreiro HL, Esteban SJ. Predictores de atonía uterina. RIC. 2016. 2016; 95(3).





## APÉNDICES

- Apéndice 1. Matriz de Consistencia
- Apéndice 2. Instrumentos de Recolección de Datos

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	MUESTRA	DISEÑO	INSTRUMENTO	ESTADISTICO
<p>¿Cuáles son las características y tratamiento de la atonía uterina en el Hospital San Juan de Kimbiri, 2017 al 2019</p>	<p><b>Objetivo General</b> Determinar las características y tratamiento de la atonía uterina en el Hospital San Juan de Kimbiri, 2017 al 2019.</p> <p><b>Objetivo Específico</b></p> <p>a. Identificar las características sociodemográficas de las gestantes en el "Hospital San Juan de Kimbiri" 2017 al 2019.</p> <p>b. Identificar las características obstétricas de las gestantes en el "Hospital San Juan de Kimbiri" 2017 Al 2019.</p> <p>c. Identificar el tratamiento de la atonía uterina en el Hospital San Juan de Kimbiri, 2017 al 2019</p>	<p><b>VARIABLE:</b> Atonía uterina</p>	<p><b>POBLACIÓN:</b> La población estará conformada por todas las puérperas que presentaron atonía o hipotonía de 2017 al 2019.</p> <p><b>MUESTRA Y MUESTREO.</b> <b>Muestra:</b> Se tomó a toda la población. <b>Muestreo:</b> fue censal</p>	<p>Descriptivo - retrospectivo</p> <p><b>M → O</b></p> <p>Donde: <b>M:</b> Muestra. <b>O:</b> Observación a la variable.</p>	<p>Ficha de revisión documentaria.</p>	<p>Se usó la hoja de cálculo de Microsoft Excel para describir las variables en estudio.</p>

## INSTRUMENTO

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### “Atonía uterina: características y tratamiento en el Hospital San Juan de Kimbiri, 2017 al 2019”

La presente ficha, nos ayudará a obtener información sobre las características y tratamiento de la atonía uterina en el Hospital San Juan de Kimbiri, para el cual se revisará los registros de atención y las historias clínicas de las pacientes que padecieron hipotonía atonía que se presentaron del 2017 al 2019. En tal sentido se recomienda consignar los datos tal como se consignó en las historias clíca.

Nº de ficha \_\_\_\_\_ Nº de Historia Clínica: \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Diagnóstico de ingreso: 1 \_\_\_\_\_  
2 \_\_\_\_\_  
3 \_\_\_\_\_

#### Datos generales

1. Edad: ..... Años
2. Nivel de instrucción
  - a) Sin estudios ( )
  - b) Primaria ( )
  - c) Secundaria ( )
  - d) Superior técnico ( )
  - e) Superior universitario ( )
3. Lugar de procedencia
  - a) Rural ( )
  - b) Urbano ( )
4. Estado civil
  - a) Soltera ( )

b) Casada/conviviente ( )

c) Separada/divorciada ( )

d) Viuda ( )

5. Ocupación:

a) ama de casa ( )

b) Chacra ( )

c) Trabajadora del estado ( )

d) Independiente ( )

**Datos obstétricos:**

1. Periodo intergenésico, Cuantos meses trascurrió del último embarazo al actual.: \_\_\_\_\_ años

2. Cuantos embarazos registra historia clínica: \_\_\_\_\_

3. Cuantos abortos tuvo antes de la atonía: \_\_\_\_\_

4. atenciones pre natales: \_\_\_\_\_

5. que complicaciones registra:

a) placenta previa

b) desprendimiento de placenta

c) embarazo múltiple

d) embarazo gemelar

e) macrostomia fetal

f) otros: \_\_\_\_\_

6. Cuantos partos registra, incluido el actual \_\_\_\_\_

7. Por qué vía terminó el embarazo

a) Vaginal ( )

b) Cesárea ( )

8. Que complicaciones presentó en el parto:

a) Trabajo de parto prolongado

b) Parto inducido

c) Parto precipitado

d) Expulsivo prolongado

e) Presentación pelviana

f) Distocia de hombros

g) otros: \_\_\_\_\_

**Tratamiento empleado en la atonía uterina**

9. tratamiento clínico empleado:

10. Tratamiento quirúrgico

11. Cuidados intermedios brindados

12. Tiempo de estancia hospitalaria .....días..... horas

13. Motivo de egreso:

Curada

Transferencia